



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Continuidade de Cuidados: Comunicação entre Unidades Hospitalares e ECCL. Que Realidade?

Filipa Alexandra Domingos Justo

Orientação: Professora Doutora Ana Canhestro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Continuidade de Cuidados: Comunicação entre Unidades Hospitalares e ECCL. Que Realidade?

Filipa Alexandra Domingos Justo

Orientação: Professora Doutora Ana Canhestro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde
Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

***“Nunca permita que alguém corte suas asas,
estreite seus horizontes e tire as estrelas do teu céu.
Nunca deixe seus medos serem maiores que a tua vontade de voar.
O valor da vida está nos sonhos que lutamos para conquistar”***

Autor desconhecido

AGRADECIMENTOS

Ao longo do estágio foram várias as pessoas que contribuíram para a sua concretização, pelo que, para mim é fundamental expressar o meu agradecimento:

- À minha orientadora pedagógica pela disponibilidade, incentivo, apoio e confiança que depositou em mim, fazendo-me acreditar que todo o trabalho desenvolvido é importante. Apesar da distância física esteve sempre presente.
- À minha supervisora pela disponibilidade, compreensão, incentivo, sugestões e apoio demonstrado ao longo desta caminhada.
- A todos os elementos, dos mais diversos órgãos, que permitiram a realização do presente trabalho, pela disponibilidade e simpatia com que me acolheram.
- A todos os profissionais que colaboraram nas entrevistas pela simpatia, disponibilidade e acolhimento.
- Aos meus pais, João e Vivelinda que foram fundamentais nesta caminhada, pela força, apoio nos bons momentos e nos menos bons, pelo incentivo que sempre me deram e por acreditarem em mim.
- À minha mana Emília, presença essencial nesta etapa da minha vida, pela força, incentivo, ânimo, partilha de conhecimentos, apoio nos bons e maus momentos e por acreditar em mim.
- Aos meus sobrinhos, Gonçalo, Rita, Catarina e Ângelo por compreenderem a minha ausência, desculpem e obrigada por me proporcionarem energias positivas para não desistir desta caminhada, por serem a minha alegria e a minha motivação nos momentos menos bons.
- Ao Mané uma das pessoas fundamentais nesta jornada, que sempre esteve a meu lado e me apoiou nos bons e maus momentos, que sempre acreditou em mim, me deu força e ânimo.

Obrigada a todos vós, por me ajudarem a crescer um pouco mais!

RESUMO

O aumento da esperança média de vida, resulta em situações de dependência, comorbilidades e carência social exigindo respostas integradas entre os diversos níveis de cuidados de saúde e sociais. A qualidade da prestação destes cuidados é directamente influenciada pela qualidade da transição de informação, assim desenvolveu-se um projeto de intervenção comunitária no campo de ação da ECCL para permitir uma uniformização dos cuidados aos utentes que se encontram internados nas ECCL's. O objetivo geral foi melhorar a comunicação entre as Unidades Hospitalares do CHUA e as ECCL's do Barlavento Algarvio. O presente trabalho teve por base a metodologia de planeamento em saúde com recurso a entrevistas semi-estruturadas. Os resultados evidenciaram que praticamente não existe comunicação entre estas duas unidades, para a maioria dos entrevistados a solução será criar um livro com o historial clínico do utente para o acompanhar. A transmissão de informação entre os profissionais de saúde é fundamental para a promoção da continuidade de cuidados.

Palavras-chaves: Serviços de Assistência Domiciliar, Continuidade da Assistência ao Paciente, Disseminação de Informação

ABSTRACT

Increasing average life expectancy results in situations of dependence, comorbidities and social need requiring integrated responses between the various levels of health and social care. The quality of care delivery is directly influenced by the quality of the information transition, so a community intervention project in ECCL's field of action was developed to allow for standardization of care for users who are hospitalized in ECCL's. The overall objective was to improve communication between CHUA Hospital Units and the Western Algarve ECCL's. The present work was based on the health planning methodology using semi-structured interviews. The results showed that there is practically no communication between these two units, for most respondents the solution will be to create a book with the patient's clinical history to accompany them. The transmission of information among healthcare professionals is fundamental for the promotion of continuity of care.

Keywords: Home Care Services, Patient Care Continuity, Information Dissemination

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Sistema de qualificação da CIF	23
Quadro 2 – Índices de Envelhecimento e Dependência do Concelho	54
Quadro 3 - Análise categorial da questão “Como caracteriza a avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais do doente aquando da alta hospitalar em contexto de urgência/agudização?”	58
Quadro 4 - Análise categorial da questão “Como caracteriza o fluxo de comunicação entre as entidades hospitalares e a ECCL em contexto de urgência/agudização?”	60
Quadro 5 - Análise categorial da questão “No seu entender em contexto de urgência/agudização que barreiras existem na comunicação entre a ECCL e as unidades hospitalares e vice-versa?”	61
Quadro 6 – Continuação da análise categorial da questão “No seu entender em contexto de urgência/agudização que barreiras existem na comunicação entre a ECCL e as unidades hospitalares e vice-versa?”	62
Quadro 7 - Análise categorial da questão “Que estratégias sugere para superar as situações identificadas relativamente comunicação?”	63
Quadro 8 - Análise categorial da questão “No seu entender quais os principais resultados para os utentes de uma comunicação/articulação adequada entre a ECCL e as Unidades Hospitalares?”	64
Quadro 9 - Continuação da análise categorial da questão “No seu entender quais os principais resultados para os utentes de uma comunicação/articulação adequada entre a ECCL e as Unidades Hospitalares?”	65
Quadro 10 - Definição e implementação das intervenções para concretizar o objetivo 1	74

Quadro 11 - Definição e implementação das intervenções para concretizar o objetivo 275

Quadro 12 - Definição e implementação das intervenções para concretizar o objetivo 376

Quadro 13 - Definição e implementação das intervenções para concretizar o objetivo 477

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas do Processo de Planeamento em Saúde	44
--	-----------

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Orçamento para o projecto	78
---	-----------

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Autorização à Direção do ACES Barlavento – Diretora Executiva.....	103
---	-----

Anexo II – Autorização à Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve	105
--	-----

Anexo III – Autorização à Comissão de Ética da ARS Algarve	107
---	-----

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Guião da Entrevista semi-estruturada	110
Apêndice II – Consentimento Informado ECCL's e ECR	112
Apêndice III – Consentimento Informado Profissionais EGA – CHUA	114
Apêndice IV – Cronograma de Atividades	117
Apêndice V – Livro do Utente	119
Apêndice VI – Resumo da Revisão Integrativa da Literatura.....	131

SIGLAS/ ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diárias
ANCC – Associação Nacional de Cuidados Continuados
ARS – Administração Regional de Saúde
AVD – Atividades de Vida Diárias
CCI – Cuidados Continuados Integrados
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
CHUA - Centro Hospitalar Universitário do Algarve
CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção-Geral da Saúde
DL – Decreto-Lei
ECCL – Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipas Coordenação Local
ECR – Equipas Coordenação Regional
ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA – Equipas de Gestão de Altas
EIHSCP – Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos
GAPI - Grupo de Apoio ao Idoso
INE – Instituto Nacional de Estatística
MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIC - Processo Individual de Cuidados
PIIM - Plano Individual de Intervenção Multidisciplinar
RNCCI ou Rede - Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados
RSI - Rede Social de Inserção

SNIP - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TNF - Tabela Nacional de Funcionalidade

UC – Unidades de Convalescença

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Unidades de Cuidados Paliativos

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UDPA – Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia

ULD - Unidades de Longa Duração e Manutenção

ULS – Unidade Locais de Saúde

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidades de Média Duração e Reabilitação

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiares

USP - Unidade de Saúde Pública

Índice

0 – INTRODUÇÃO	15
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
1.1. Envelhecimento.....	20
1.2. Dependência	21
1.3. Continuidade de Cuidados	24
1.3.1 Comunicação em saúde	25
1.3.2 Integração /Articulação.....	29
1.4. Rede Nacional de Cuidados Continuados	31
1.4.1– Equipa de cuidados continuados continuados integrados	36
1.4.2 Gestcare CCI	41
II – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	43
1.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	49
1.1 Caracterização do Contexto	49
1.1.1 Caracterização da equipa de cuidados continuados integrados.....	52
1.2. Breve caraterização do concelho	53
1.2.1 Caracterização territorial	53
1.2.2 Caracterização da população do concelho e das suas necessidades de saúde.....	53
1.3. Caraterização da População Alvo	55

1.3.1 Instrumentos de recolha de dados	56
1.3.2 Apresentação e análise das entrevistas realizadas	58
1.3.3 Questões éticas	67
2.DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	68
3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	70
4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	72
5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO	73
5.1 Recursos Materiais e Humanos Envolvidos.....	77
6. PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	80
6.1 Avaliação dos Objetivos	81
III – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA	83
1.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	83
1.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	86
1.3 Competências de Mestre	88
IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
VI – ANEXOS	102
VII – APÊNDICES	109

0 – INTRODUÇÃO

De acordo com os Censos 2011, em Portugal cerca de 19% da população residente era idosa, dos quais, cerca de 50% tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das atividades do dia-a-dia, afetando mais indivíduos do sexo feminino do que do sexo masculino. Os dados confirmam que 22% da população idosa com pelo menos uma dificuldade residia sozinha e 34,8% na companhia exclusiva de pessoas também idosas (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012).

Oliveira, Queirós & Guerra (2007) referem que devido à maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes o número de indivíduos com perda de autonomia, invalidez e dependência tem vindo a aumentar.

A dependência pode ser definida como:

“A situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária.” (Decreto Lei 101/2006 de 6 de Junho, p.3857).

Escoval, Lívio & Ribeiro (2011) defendem que o aumento da prevalência de doenças crónicas, de evolução prolongada e com elevado grau de incapacidade e dependência e, conjuntamente a diminuição da participação das famílias na prestação de cuidados, o aumento de indivíduos que vivem sós e a presença de expectativas mais elevadas e exigentes por parte dos utentes/cuidadores, impõe a prioridade de criar novas intervenções que se proponham a dar respostas precisas às necessidades de saúde e sociais dos utentes para assim promover a autonomia, a funcionalidade e a autodeterminação desses mesmos utentes, de forma a reduzir, evitar ou até mesmo adiar o internamento.

No âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, surge o presente relatório, o mesmo tem por base o Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido durante, o Estágio de

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública inserido no 1º ano, 2º semestre e o Estágio Final de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, inserida no 2º ano, 2º semestre ambos realizados numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), do Agrupamento de Centros de Saúde do Barlavento Algarvio, entre os meses de maio 2018 e janeiro de 2019.

A elaboração do presente relatório pretende descrever e justificar o projeto desenvolvido nesta área, tendo como objetivos gerais: refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e transmitir o desenvolvimento das intervenções realizadas e suas respectivas conclusões. Simultaneamente a realização do mesmo permitirá ainda a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem e competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sendo importante o estabelecimento de uma conduta académica e profissional com base em sólidos conhecimentos científicos.

O respectivo projeto de intervenção comunitária anteriormente referido foi elaborado de acordo com a Metodologia de Planeamento em Saúde, tendo por base as necessidades identificadas no Diagnóstico de Situação realizado no Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sendo que este teve como linhas orientadoras “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas” e “Envelhecimento”, as quais permitiram identificar quais as áreas que necessitam de intervenção prioritária, neste caso, a comunicação ineficaz interinstitucional, entre o CHUA e as ECCL's. Imperatori & Geraldès (1993) mencionam que a metodologia de planeamento em saúde, através de análise de políticas e objetivos de saúde permite desenvolver intervenções que levam à capacitação dos indivíduos de uma comunidade.

Tavares (1990) defende que o diagnóstico de situação compreende a definição de problemas e necessidades de saúde na área em análise, sendo necessário proceder a um levantamento destes problemas para assim obter um conhecimento efetivo da população.

O artigo 4º. do Regulamento n.º 140/2019 estabelece que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária — Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, deve avaliar o estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde, pelo que deste modo o projeto de intervenção foi elaborado com base nesta metodologia.

O projeto de intervenção comunitária denominado de “Continuidade de Cuidados: Comunicação entre Unidades Hospitalares e ECCI. Que realidade?”, teve como finalidade incrementar a continuidade de cuidados de saúde no domicílio dos utentes internados nas ECCI's (Equipas de Cuidados Continuados Integrados). Como objectivo geral foi delineado: Melhorar a comunicação entre as Unidades Hospitalares do CHUA (Centro Hospitalar Universitário do Algarve) e as ECCI's do ACES (Agrupamentos dos Centros de Saúde) Barlavento Algarvio, sendo os objetivos específicos estabelecidos: Identificar o fluxo de comunicação entre as Unidades Hospitalares e as ECCI's em contexto de urgência/agudização; Identificar as barreiras presentes na comunicação entre as Unidades Hospitalares e as ECCI's em contexto de urgência/agudização; Identificar estratégias que facilitem a comunicação entre as Unidades Hospitalares e ECCI's em contexto de urgência/agudização; elaborar um instrumento facilitador de transmissão de informação clínica do utente entre as duas unidades.

A população deste projeto foram os profissionais que integram as ECCI's Barlavento Algarvio, EGAs – CHUA e ECR, tendo como alvo os indivíduos que recebem cuidados de saúde prestados pelas ECCI's Barlavento Algarvio.

A pertinência da implementação deste projeto prende-se com o facto de a criação de um sistema de gestão, articulação/integração e continuidade de cuidados, se apresentar no Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020, como orientação como orientação específica para a implementação do mesmo (Ministério da Saúde, 2015).

A débil integração entre os cuidados primários, secundários e terciários originam uma ineficiência e prejudicam a qualidade dos cuidados de saúde, originando perturbações desnecessárias aos utentes/familiares (Cabral, Amador & Martins 2010).

Para Simões e Dias (2010, p. 96), “a integração é entendida como um meio para melhorar o acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e obter ganhos de eficiência”.

A inter-ligação entre os Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Hospitalares e a continuidade cuidados de acordo com Nunes et al (2012, p. 3) “ ... são vistos como meios

para melhorar o acesso, a adequação, a qualidade técnica, a continuidade e a efetividade dos cuidados de saúde prestados à população.”

De acordo com o Anexo III, do Roteiro de Intervenção em Articulação e Continuidade de Cuidados, do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a informação foi a dimensão que menor grau de integração apresentou, assim “a aposta particularmente na aplicação de um processo clínico único eletrónico é crítica para garantir o continuum de cuidados prestados aos utentes” (Ministério da Saúde, 2013, p.3)

Biscaia et al., (2008) afirmam que a prestação de cuidados de saúde completos e globais, com equidade e qualidade, terá de ser assegurada através de uma ou mais redes integradas de serviços alicerçadas nos CSP.

O Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, criando assim um novo modelo de prestação de cuidados inserido no Sistema Nacional de Saúde. Este modelo combina diversas tipologias de respostas, de acordo com a própria fase do nível de dependência, tendo como objetivo final, a manutenção do utente no seu domicílio, sempre que possível.

A ligação entre a RNCCI e a reforma dos CSP emerge na Unidade de Cuidados na Comunidade com a formação de equipas domiciliárias: Equipas de Cuidados Continuados Integrados. A ECCL representa uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, médicos, assistente social, entre outros profissionais, da responsabilidade dos CSP. A respectiva equipa executa cuidados domiciliários, resultantes da avaliação e intervenção integrada e articulada, do indivíduo que se encontram em situação de dependência, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social.

Relativamente à estrutura, o presente trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o enquadramento teórico, o qual procura demonstrar a importância e a origem do problema em estudo, como tal é fundamental abordar-mos os seguintes temas: o envelhecimento, a dependência, a importância de uma comunicação efetiva, a continuidade de cuidados e uma revisão da literatura sobre a RNCCI.

O segundo capítulo apresenta-se a metodologia adotada na realização do presente projeto, assim como a uma caracterização das etapas que constituem essa mesma metodologia. Ainda neste capítulo procede-se também à caracterização da instituição e comunidade em que se realiza o estágio.

Terceiro capítulo compreende uma breve reflexão crítica sobre aquisição e desenvolvimento de competências, quer a nível de competências de especialista em enfermagem comunitária e saúde Pública quer a nível de competências de mestre.

O quarto, último capítulo exhibe as considerações finais resultantes da realização do presente trabalho.

Este trabalho foi realizado segundo as normas da American Psychological Association (APA, 2016) para elaboração de trabalhos académicos.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O primeiro capítulo tem como intuito apresentar a fundamentação teórica, a qual é fundamental para a compreensão e contextualização da problemática identificada.

1.1. Envelhecimento

O envelhecimento da população é um acontecimento que preocupa os sistemas de saúde, pois este apresenta implicações quer a nível da saúde, sociais e económicas (OPSS, 2012).

As baixas taxas de natalidade e o aumento da Esperança Média de Vida, levam a alterações na pirâmide demográfica da União Europeia. Nazareth (2009), defende que a inversão da pirâmide etária ocorre, nomeadamente, devido a melhorias a nível da saúde, aumento da esperança média de vida, migração e a uma menor Taxa de Natalidade.

O processo de envelhecimento em Portugal resulta do chamado processo de duplo envelhecimento demográfico, ou seja, da diminuição da fecundidade e do aumento do Índice de longevidade (aumento da esperança média de vida) (Paúl & Ribeiro, 2012).

De acordo com os CENSOS (2011) o envelhecimento populacional em Portugal é muito acentuado e existindo assim uma expectável correlação positiva entre a idade e o grau de dependência. Ainda de acordo com os CENSOS supracitados, verifica-se que existiam a residir em Portugal 2 010 064 de indivíduos com 65 anos ou mais de idade.

Estima-se que em Portugal no período de 2015-2080, a população em idade ativa diminuirá de 6,7 para 3,8 milhões de pessoas durante esse mesmo período e que a população com 65 ou mais anos representará aproximadamente 2,8% da população em 2080, em comparação com os atuais 18,5% (INE, 2017). O Índice de Dependência de Idosos em 2016 a nível nacional situou-se nos 32,1%, quanto à região do Algarve o Índice de Dependência de Idosos em 2016 foi de 32,8% (INE, 2017). Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o Índice de Envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080 (INE, 2017).

O envelhecimento é um processo dinâmico que surge a três níveis: biológico, psicológico e social, sendo também determinado por vários factores intrínsecos e/ou extrínsecos, os quais demarcam o modo como cada indivíduo vive a sua vida (Oliveira et al., 2010)

Miguel e Sá (2010) referem que associado ao aumento do envelhecimento populacional nacional, verifica-se também um aumento na procura de cuidados de saúde, o que resulta numa preocupação sobre a capacidade e sustentabilidade do SNS para satisfazer estas necessidades, proporcionando os serviços adequados aos indivíduos/famílias que se encontram em situação de dependência.

O envelhecimento da população, o acréscimo de situações de doença crónicas, incuráveis ou terminais, o aumento das situações de incapacidade e dependência, assim como situações de carência social, são comuns quer a nível europeu, quer a nível mundial, assistindo-se por consequente a uma mudança no perfil da procura de cuidados de saúde, ou seja, a procura de serviços de cuidados continuados ou cuidados de longa duração são susceptíveis de aumentar com o envelhecimento da população.

O processo de envelhecimento está intimamente relacionado com o desenvolvimento de modelos de cuidados continuados e com a necessidade de integrar a dimensão social, considerando-a como indissociáveis dos cuidados de saúde. Pelo que as novas necessidades em saúde e sociais impuseram aos sistemas de saúde a criação de respostas inovadoras, financeiramente sustentáveis, de modo a dar respostas adequadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência, assim como às diferentes circunstâncias de evolução da doença e condição social (Costa-Font *et al.*, 2008).

1.2. Dependência

O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), em 2015 referia que, cerca de 110.355 pessoas são dependentes em termos de autocuidado no domicílio, sendo que destas, 48 454 são totalmente dependentes (OPSS, 2015).

O conceito de dependência encontra-se directamente relacionado com a incapacidade que o indivíduo apresenta na execução das necessidades humanas básicas. Deste modo, “entende-se por dependência a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adoptar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros” (Sequeira, 2010, p.5).

O Ministério da Saúde considera “dependência a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária” (Decreto-Lei n.º 101/06, p. 3857).

De acordo com Paschoal (2007), a dependência pode caracterizar-se de total ou parcial, temporária ou permanente, podendo a gravidade da mesma segundo Lage (2005) variar de acordo com o grau em que a pessoa idosa aceita ou não a doença.

A capacidade funcional é a autonomia que o indivíduo apresenta na execução de tarefas habituais, necessárias e indispensáveis, que permitem a possibilidade de se viver sozinho no domicílio (Paúl & Fonseca, 2005). Estas tarefas habituais podem ser alteradas devido ao envelhecimento ou a mudanças patológicas.

A incapacidade funcional é o resultado de um processo dinâmico e progressivo em consequência de doenças crónico-degenerativas e de alterações fisiológicas que emergem associadas ao processo de envelhecimento, resultando em limitações da pessoa na realização das actividades de vida diária, conduzindo a pessoa à dependência (Bonardi, Souza e Moraes, 2007).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como, CIF, foi criada em 2001 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo sido traduzida para a língua portuguesa em 2003, esta tinha como fim ser usada na saúde e áreas relacionadas. Ela é dividida em três componentes principais: funções do corpo e estruturas do corpo, actividades e participação, e fatores ambientais. Cada componente é dividido por sua vez em categorias que permitem descrever a situação atual do indivíduo, variando de acordo com seu estado de saúde (Farias & Buchalla, 2005).

Segundo Lopes (2017), a Portaria 50/2017, de 2 de fevereiro veio introduzir alterações ao nível da referenciação e incluir a classificação do grau de funcionalidade, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), a qual tem como objetivo adotar a classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A CIF é utilizada como instrumento obrigatório de referenciação, na avaliação periódica para acompanhamento do utente, para proposta de prorrogação do internamento e ainda no momento da alta. Esta classificação deverá ser realizada forçosamente no momento da admissão e reavaliada no máximo de 15/15 dias (Lopes, 2017).

As Tabelas de Classificação da Funcionalidade, encontram-se diferenciadas por fases do ciclo de vida, nomeadamente:

- ✓ Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF), destinada a pessoas com idade compreendida entre os 18 e os 64 anos;
- ✓ Tabela de Funcionalidade do Idoso (TFI), destinada a pessoas mais de 65 anos.

Os três componentes classificados na CIF (Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais) são quantificados através da mesma escala genérica. Dependendo do constructo, um determinado problema pode significar uma: deficiência, limitação, restrição ou barreira (Direção Geral de Saúde, 2004). Ver quadro 1.

Quadro 1 – Sistema de qualificação da CIF

Qualificador	Exemplo de tradução semântica	Classes de quantificação
0	NÃO há problema (nenhum, ausente, insignificante)	0-4%
1	Problema LIGEIRO (leve, pequeno,...)	5-24%
2	Problema MODERADO (médio, regular,...)	26-49%
3	Problema GRAVE (grande, extremo,...)	50-95%
4	Problema COMPLETO (total, ...)	96-100%

Fonte: in Manual de Aplicação da Tabela de Classificação da Funcionalidade para idosos, 2017

1.3. Continuidade de Cuidados

No âmbito do envelhecimento, os cuidados continuados evidenciam-se, uma vez que representam uma resposta a curto prazo à incapacidade funcional que atinge uma grande percentagem de idosos. (OPSS, 2018)

Através da Declaração de Alma-Ata que surge a primeira definição de cuidados de saúde primários (Organização Mundial de Saúde, 1978, p.1 e 2):

Os cuidados de saúde primários são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro, em Portugal, a história dos cuidados de saúde primários é relatada desde a criação dos primeiros Centros de Saúde. Atualmente, a estrutura organizacional dos cuidados de saúde primários é suportada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, segundo o mesmo foram criados os agrupamentos de Centros de Saúde.

Para Biscaia et al., (2008) pode-se definir Cuidados de Saúde Primários como sendo um conjunto acções, um nível de cuidados, um plano organizacional dos serviços de saúde ou mesmo uma ‘filosofia’ dos sistemas de saúde.

A integração e continuidade dos cuidados prestados aos cidadãos apresenta-se como um dos princípios do Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020 (Ministério da Saúde, 2015). Ainda de acordo com o documento anteriormente referido no que respeita ao eixo estratégico, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, o Plano Nacional de Saúde, propõe: “O reforço da governação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), hospitalares e continuados, de modo a que a tomada de decisão seja adequada, efetiva e monitorizada e que o cidadão aceda de modo mais rápido aos cuidados de que necessita.” (Ministério da Saúde, 2015, p.15)

A alínea d) do **Artigo 104.º ‘Do direito ao cuidado’**, presente no Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), menciona que o enfermeiro assume o dever de: “Assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas”.

Para Duarte (2010) a continuidade dos cuidados tem início na instituição onde o utente é atendido.

A continuidade de cuidados está diretamente relacionada com a quantidade e qualidade da informação produzida pelos profissionais que intervêm na prestação de cuidados ao indivíduo (Hayrinen, Lammintakanen & Saranto, 2010).

Cunha & Giovanella (2011), mencionam que a continuidade de cuidados acarreta diversos benefícios para os utentes, na medida em que esta continuidade permite uma: maior possibilidade de inclusão dos fatores psicológicos, físicos, económicos e sociais; melhoria da ligação entre prestadores de cuidados e utentes; diminuição do uso inadequado dos serviços de saúde e por conseguinte uma possível diminuição dos custos.

Com o intuito de se desenvolver estratégias de continuidade de cuidados, Mota, Pereira e Sousa (2014) defendem que as organizações de saúde devem estabelecer mecanismos organizacionais que englobem: avaliação clínica interdisciplinar; protocolos; formação, planeamento e tomada de decisão interinstitucional através de sistemas de informação, de acompanhamento e *feedback* profissional.

1.3.1 Comunicação em saúde

Comunicação e informação encontram-se intimamente ligadas entre si, a comunicação “(...) é um acto de transmissão cujo produto é a informação (...) se a informação é a medida da complexidade, a comunicação é o transporte dessa complexidade” (Figueiroa-Rêgo, 2003, p.37) Ainda de acordo com a autora anteriormente referida a informação é a “ação ou efeito de informar; é a transmissão de factos e conhecimentos; são os elementos da área do conhecimento que podem ser conservados, codificados, tratados ou comunicados; são o conjunto de dados relativos a um fenómeno, evento ou acontecimento” (p.184).

Para Sousa (2006), a informação é um agregado de dados que quando facultados de forma adequada e atempadamente podem garantir orientação, instrução e conhecimento, a um determinado propósito permitindo assim que o indivíduo seja mais competente no desenvolvimento de uma determinada atividade ou na decisão face a um determinado contexto. Deste modo a relevância da informação fornecida, depende da capacidade da sua utilização.

Mota (2010, p.42) refere que: “um determinado item de informação é utilizado como um recurso, na medida em que influencia fortemente todas as tomadas de decisão, quer seja a nível clínico, organizacional, ou de gestão (...)”, logo Barra & Sasso (2011) defendem que o item informação é sim o elemento principal no processo de decisão , assim como condição essencial na gestão dos cuidados de saúde.

Assim sendo a relevância da informação, depende da capacidade da sua utilização.

A eficácia da comunicação é fundamental no processo de transmissão de informação. No entanto a informação, transmitida na maioria das vezes é informal, desorganizada, variável e com presença de diversas barreiras que impossibilitam uma comunicação eficaz. “As interrupções frequentes, a hierarquia organizacional de cuidados de saúde, não eficiências no *handover*, sobrecarga de trabalho, as condições físicas dos serviços, são alguns dos obstáculos relatados nos estudos, que influenciam a eficácia da comunicação em saúde” (Brás & Ferreira, 2016, p.573).

As organizações no sector da saúde precisam de sistemas de informação adequados, que forneçam informação útil e relevante aos diferentes profissionais de saúde da instituição (Sousa, 2005).

A qualidade da prestação de cuidados de saúde é directamente influenciada pela qualidade da transição destes mesmos cuidados, uma vez que a segurança do doente dependente desta, pois a presença de qualidade leva a uma diminuição das reacções adversas assim como a uma diminuição da mortalidade. (*Norma nº 001/2017* da Direção Geral de Saúde, 2017)

O registo de enfermagem é o gesto de expor por escrito as ocorrências referentes ao indivíduo que necessita de cuidados de enfermagem, os mesmos servem como orientador

para a prestação de cuidados, como tal não devem conter apenas os fatos observados e interpretados (diagnósticos de enfermagem), mas sim também as intervenções e resultados dessas intervenções de enfermagem (Figueiroa – Rego, 2003).

Os registos de enfermagem têm não só como objectivo a existência de documentação legal mas também a promoção da continuidade de cuidados, a criação de documentos de cuidados, a possibilidade de avaliação de cuidados, auxiliar na investigação de cuidados e otimizar a gestão de serviços (Figueiroa–Rêgo, 2003).

Os registos de enfermagem sejam eles manuscritos ou informatizados, devem abranger evidências dos problemas e/ou diagnósticos do cliente identificados, o que a enfermeira fez para prevenir o problema e por fim os dados sobre o indivíduo que comprovem os resultados esperados (Leal, 2006)

A *Norma nº 001/2017* da Direção Geral de Saúde de 08/02/2017 ‘Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde’ estabelece que para segurança do utente, a transição de informação entre os prestadores de cuidados de saúde dever-se a fazer acompanhar de uma comunicação eficaz, sendo normalizada através da técnica ISBAR (Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações). Esta transferência de informação deverá ser sempre uma prioridade na transição de cuidados, devendo os intervenientes responsáveis pela transmissão de informação na transição de cuidados estarem devidamente identificados como o nome, categoria e função.

A comunicação entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar é essencial, para que os cuidados aos utentes sejam prestados de forma adequada, segura e eficiente, esta mesma ideia é partilhada com Tranquada (2013), para este autor a continuidade da prestação de cuidados de saúde ao utente de modo eficiente e seguro, depende inteiramente de mecanismos de comunicação entre os profissionais de saúde.

São vários os autores, que argumentam que durante a comunicação podem surgir falhas, entre eles Cavaco & Pontífice-Sousa (2014, p.15), que argumentam que essas falhas “(...) predis põem à existência de quebras na continuidade dos cuidados, tratamentos inadequados e colocam em causa a segurança da pessoa”. Para Randmaa, Mårtensson, Leo

Swenne, & Engström (2014) com o intuito de se diminuir essas falhas, tem se assistido à implementação de diversas técnicas de comunicação entre os profissionais de saúde.

Uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde tem por base a transmissão de informação, adequada, fulcral, inequívoca e que seja entendida pelo receptor. A transmissão desta informação é realizada de acordo com **ISBAR** padrão de comunicação utilizado em saúde, o qual é responsável pela promoção da segurança do doente quando se verifica uma transição de cuidados, (*Norma nº 001/2017 da Direção Geral de Saúde, 2017, p.4*)

Mnemónica ISBAR I - **Identificação**: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; **S - Situação atual**: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; **B- Antecedentes**: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; **A - Avaliação**: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; **R- Recomendações**: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

De acordo com a Norma supracitada (*Norma nº 001/2017 da Direção Geral de Saúde de 08/02/2017 “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.”*) (p.4) define “**Transição de cuidados de saúde**: como

“qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos. São exemplos, a transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, bem como, a transição intra/interinstituições. São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o

domicílio ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição.”

Ainda de acordo com a norma anteriormente referida a transmissão de informação é definida como a comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde, e/ou entre instituições prestadoras de cuidados de saúde sobre o estado de saúde do doente. Essa transmissão de informação ocorre sempre que se verifique uma transferência, temporária ou permanente, da prestação de cuidados.

As lacunas mais frequentes na comunicação entre os profissionais de saúde, resultantes da transferência de cuidados, são: as falhas de informação e a falta de rigor no estabelecimento de prioridades. Desta forma verifica-se que a segurança do doente e a diminuição dos efeitos adversos depende do estabelecimento de uma comunicação adequada na transição dos cuidados de saúde. (*Norma nº 001/2017 da Direção Geral de Saúde, 2017*).

1.3.2 Integração /Articulação

Ao longo dos anos a integração e continuidade de cuidados, nos diferentes contextos de saúde, têm sido objeto de estudo “os sistemas de saúde são hoje confrontados com um conjunto de desafios que exigem, cada vez mais, respostas mais sofisticadas, sendo a integração dos cuidados de saúde uma questão central no desenho das organizações dos sistemas de saúde atuais” (Dias & Queirós, 2010, p. 5)

Para Sousa (2005) o sistema de partilha de informação de enfermagem pode garantir uma maior integração dos níveis de cuidado: permitindo comunicações mais efetivas; uma maior acessibilidade aos cuidados, resultando numa diminuição do tempo de espera na aquisição de cuidados de enfermagem apropriados e com maior qualidade. A articulação vai levar a uma maior eficiência no funcionamento do sistema e contribui assim desta forma para um aumento dos conhecimentos dos profissionais envolvidos, devido à partilha de informação.

A transição do utente do hospital para o seu domicílio, será facilitada se a informação verdadeira e adequada estiver disponível para que o enfermeiro da equipa prestadora de cuidados consiga realizar uma avaliação inicial com maior eficiência (Azevedo, 2010).

O Eixo Estratégico, Equidade e acesso aos cuidados de saúde, presente no Plano nacional de Saúde 2012-2016, identifica como uma das estratégias para a promoção da equidade e acesso aos cuidados de saúde: "A articulação em cada nível de cuidados, entre níveis e entre sectores, e intra institucional" (Ministério da Saúde, 2012,p.43, 44) o Plano de Saúde supracitado defende que a nível:

- **Político**, deve-se capacitar os sistemas de informação e monitorização da saúde de modo a considerar de forma abrangente e articulada a perspectiva da equidade e do acesso, possibilitando assim a integração de cuidados e o apoio à tomada de decisão a diferentes níveis, e informação fundamental à determinação das necessidades, recursos, adequação e desempenho dos serviços e resultados em saúde;

- **Institucional**, as instituições devem: Reforçar a articulação dos serviços de saúde, esclarecer qual a cobertura e responsabilidade dos serviços, e avaliar a correspondência e eficácia da resposta em rede;

- **Profissionais de saúde**, devem incrementar e protocolar a articulação de cuidados e apostar de forma proactiva na comunicação entre prestadores dentro e entre instituições e serviços.

O planeamento centrado no utente e nas suas necessidades, é a base para a continuidade dos cuidados continuados, deste modo é essencial o conhecimento quer da presente situação do utente, quer do seu trajeto e evolução no Serviço Nacional de Saúde (UMCCI, 2012).

Jesus & Sousa, (2011) expressam que os enfermeiros são os responsáveis pela produção, análise e utilização de informações, informações estas que influenciarão de forma directa e indirecta a qualidade e o resultado dos cuidados prestados, assim como a continuidade dos mesmo, ou seja, a Enfermagem é uma profissão dependente da informação.

A Lei N.º 48/90 de 24 de Agosto, Base II, alínea d) menciona que

os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes, e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social”. No que respeita aos cuidados de saúde, a Base XIII, ponto 2 defende que “deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados, (...) garantindo frequentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.

1.4. Rede Nacional de Cuidados Continuados

Em 2008, através do Decreto-Lei Nº 28/2008 de 28 de fevereiro assiste-se a uma reformulação nos Cuidados de Saúde Personalizados (CSP), criam-se os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), dos quais fazem parte destes agrupamentos várias unidades funcionais autónomas prestadoras de cuidados de saúde à população: tais como: as Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), a Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistências Partilhados (URAP) e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

O Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do Instituto da Segurança Social (2018), menciona que a RNCCI é constituída por:

- ✓ Unidades de internamento: Cuidados continuados de convalescença; Cuidados continuados de média duração e reabilitação; Cuidados continuados de longa duração e manutenção, Cuidados paliativos – Inserem-se na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP)
- ✓ Unidades de ambulatório – Unidade de dia e promoção da autonomia
- ✓ Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e Equipas Comunitárias – Inserem-se na Rede Nacional de Cuidados Paliativos

- ✓ Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCL), que funcionam integradas nos Cuidados de Saúde Primários, mais propriamente nas Unidades de Cuidados na Comunidade.

A RNCCI foi criada pelo Decreto de Lei nº. 101/2006, de 6 junho, segundo o artigo 4º do respectivo decreto de lei a presente rede tem como com o intuito de prestar cuidados continuados integrados (saúde e sociais) às pessoas que, independente da sua idade, se encontrem em situação de dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal.

O artigo 6º do Decreto de Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, refere que a RNCCI tem como base os seguintes princípios

- ✓ Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- ✓ Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- ✓ Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;
- ✓ Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- ✓ Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- ✓ Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia;
- ✓ Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- ✓ Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;
- ✓ Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- ✓ Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Sem prejuízo do disposto no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, o **Artigo 4º, Direitos dos utentes**, Portaria 50/2017 do Diário da República, 1.ª série — N.º 24 — 2 de fevereiro de 2017, define como direitos dos utentes internados na RNCCI são os seguintes:

- ✓ Integridade física, psíquica e moral;
- ✓ Identidade pessoal e reserva da vida privada;
- ✓ Não discriminação;
- ✓ Respeito pela sua decisão, ou do seu representante, quanto aos procedimentos a efetuar no âmbito da prestação dos cuidados, em conformidade com a legislação vigente;
- ✓ Participação do próprio, e dos seus familiares ou dos cuidadores informais, na elaboração do plano individual de intervenção;
- ✓ Confidencialidade dos dados do processo individual e outras informações clínicas;
- ✓ Participação, sempre que possível, dos familiares ou dos cuidadores informais no apoio ao utente, desde que este apoio contribua para o seu bem-estar e equilíbrio psicoafectivo;
- ✓ Visita, sem restrições de dias, em horário alargado, que tenha em conta as necessidades do envolvimento familiar e social nos termos definidos em regulamento interno e desde que tal não ponha em causa o normal funcionamento dos serviços, o bem-estar dos doentes e a prestação de cuidados aos mesmos;
- ✓ Convivência social, promovendo o relacionamento entre os utentes, e destes com os seus familiares e amigos, bem como com os profissionais, no respeito pela sua vontade e interesses;
- ✓ Assistência religiosa e espiritual, por solicitação do utente ou a pedido de familiares ou dos cuidadores informais.

A criação da RNCCI emerge para dar resposta aos problemas que cada vez mais são frequentes na actual sociedade, tais como, o envelhecimento demográfico progressivo, prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, sistema de saúde baseado no paradigma da doença

aguda, sistema de saúde demasiado ‘medicocêntrico’ e ‘hospitalocêntrico’, escassa cobertura de serviços de CCI a nível nacional, (UMCCI, 2009a; OPSS, 2014).

Segundo a UMCCI (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados) (2009a), a admissão de utentes na RNCCI, sucede através de um processo de referenciação, que tem como objetivo disponibilizar os melhores recursos disponíveis, tendo em conta as necessidades de dependência e reabilitação do indivíduo, assim como as especificidades do seu contexto sociofamiliar.

O Relatório da Implementação e Monitorização da RNCCI (2014) menciona que o modelo adotado por esta rede, se dispõe a assegurar a continuidade dos cuidados segundo intervenções coordenadas e articuladas entre as diferentes tipologias de cuidados, setores e níveis, potenciando ao máximo a prestação dos cuidados comunitários de proximidade.

Sem prejuízo do disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, o **Artigo 19º, Referenciação para unidades e equipas**, da Portaria 50/2017 do Diário da República, 1.ª série - N.º 24 - 2 de fevereiro de 2017, cita no nº1 que podem ser referenciadas para as unidades e equipas da RNCCI as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social. O nº 2, do artigo supracitado, menciona que as condições gerais de admissão em todas as tipologias da RNCCI:

- ✓ A alimentação entérica;
- ✓ O tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;
- ✓ A manutenção e tratamento de estomas;
- ✓ A terapêutica parentérica;
- ✓ As medidas de suporte respiratório designadamente a oxigenoterapia ou a ventilação assistida;
- ✓ Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada.

O nº 1, do **Artigo 20.º Processo de referenciação dos utentes provenientes dos hospitais e dos cuidados de saúde primários**, da Portaria 50/2017 do Diário da República, 1.ª série - N.º 24 - 2 de fevereiro de menciona que são os profissionais de saúde dos hospitais

designadamente, médicos, enfermeiros e assistentes sociais que procedem à referenciação dos utentes com critérios clínicos para potencial ingresso na RNCCI, de acordo com a seguinte informação:

- ✓ Diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional da Doença;
- ✓ Registo de comorbilidades;
- ✓ Classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;
- ✓ Avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante;
- ✓ Proposta da tipologia de cuidados da RNCCI

A Equipa de Gestão de Altas (EGA), equipa multidisciplinar, constituída por um médico, um assistente social e um enfermeiro, tem a obrigação de preparar e gerir a alta hospitalar, do utente que requer suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório. O **Artigo 7º Funcionamento das equipas de gestão de altas**, presente na Republicação da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289 -A/2015, de 17 de setembro do Diário da República, 1.ª série - N.º 24 - 2 de Fevereiro 2017 cita que a EGA é uma equipa sediada em hospital integrado no SNS, que avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI. Logo a EGA deve articular-se com os serviços necessários, sejam eles, as equipas terapêuticas hospitalares de agudos, as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede, as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos Centros de Saúde do seu âmbito de abrangência, assim deste modo será realizado um adequado encaminhamento do processo do doente, que tem por base a avaliação das necessidades de saúde do indivíduo, grau de dependência, potencial de reabilitação e contexto sociofamiliar UMCCI (2009a).

Em Portugal, o Art.º.3 do DL 101/2006, de 6 de Junho (p.3857), define os CCI como:

O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a fun-

cionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social

O decreto de lei supracitado (p.3857), determina que a continuidade dos cuidados se traduz na:

Sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social” e que a integração de cuidados é a “conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos.

1.4.1– Equipa de cuidados continuados integrados

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCL) é uma tipologia de resposta de prestação de unidades da RNCCI, enquadrada nos CSP. O artigo 27º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho define a ECCL como sendo uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas também não permite que estes indivíduos se desloquem de forma autónoma para receber tratamento nas unidades constituintes cuidados de saúde primários. Estas Equipas têm como objetivo assegurar a prestação de cuidados todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8h às 20h, nos dias úteis conforme as necessidades, fins-de-semana e feriados. O artigo 28º do Decreto-Lei supracitado, refere que as ECCL devem assegurar os seguintes serviços:

a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa;

- b) Cuidados de fisioterapia;
- c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- f) Apoio no desempenho das funções da vida diária;
- g) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária;
- h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

O nº 7, do **Artigo 19.º Referenciação para unidades e equipas**, da Portaria 50/2017 do Diário da República, 1.ª série - N.º 24 - 2 de fevereiro de 2017 refere que as equipas domiciliárias direccionam-se para os indivíduos em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que exijam:

- ✓ Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;
- ✓ Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins-de-semana e feriados;
- ✓ Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- ✓ Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.

Além da situação de dependência do utente é também necessário que o seu domicílio reúna condições para lhe serem prestados os cuidados de que necessita.

Os Critérios de exclusão para ingresso na ECCL, de acordo com o nº 8 do **Artigo 19.º Referenciação para unidades e equipas**, da Portaria 50/2017 do Diário da República, 1.ª série - N.º 24 - 2 de fevereiro de 201, são:

- ✓ Utente com episódio de doença em fase aguda, que requeira internamento hospitalar;
- ✓ Utente que necessite exclusivamente de apoio social;
- ✓ Utente cujo objetivo seja apenas o estudo do diagnóstico.
- ✓ Inexistência do cuidador.

A alta do utente integrado na ECCL efectua-se por, transferência para uma unidade de internamento da RNCCI, por agudização clínica que implique internamento hospitalar superior a oito dias, para as Unidades de Saúde Familiar/ Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados se atingirem os objetivos propostos e por óbito.

A continuidade de cuidados é o resultado do trabalho de uma equipa multidisciplinar que integra, vários grupos profissionais tais como: médico, enfermeiro, assistente social, fisio-terapeuta, nutricionista, assistentes operacionais, assistentes técnicos, psicólogo, entre outros.

A intervenção da ECCL tem por base um Processo Individual de Cuidados (PIC) para cada utente, de acordo com a Diretiva Técnica nº 5/UMCCI/2008 de 7 de Janeiro. O mesmo deve conter o Plano Individual de Intervenção Multidisciplinar (PIIM). O processo individual de cuidados continuados (PICC) do utente deve existir sob a forma de suporte informático ou em papel, processo esse, que de acordo com o nº1 do **Artigo 10.º Processo individual do utente**, Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289 -A/2015, de 17 de Setembro, deverá conter a seguinte informação:

- ✓ Identificação do utente;
- ✓ Data de admissão;
- ✓ Identificação e contacto do médico assistente;
- ✓ Identificação e contacto do «Gestor de Caso» da unidade ou da equipa;
- ✓ Identificação e contactos dos familiares, cuidadores informais e representante legal quando exista;
- ✓ Cópia do Consentimento Informado e do Termo de Aceitação, quando aplicável;
- ✓ Contrato de prestação de serviços;
- ✓ Plano individual de intervenção;

- ✓ Registos relativos à evolução do estado de saúde do utente no âmbito dos respetivos planos individuais de cuidados;
- ✓ Nota de alta

O PICC deverá ser constantemente atualizado, no que respeita a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de serviços e cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação do seu autor.

A figura gestor de caso, é elemento preponderante na gestão de cuidados de saúde ao utente internado na ECCL, o Glossário RNCCI (UMCCI, 2009b, p.9) define, gestor de caso como “Elemento de articulação entre todos os intervenientes, facilitando a comunicação e a coordenação entre a equipa prestadora de cuidados e o utente /família. É o responsável pela actualização e acompanhamento do **Plano Individual de Intervenção**, consubstanciando-se num interlocutor privilegiado.”

Quando se fala de CCI na vertente da tipologia ECCL, é fundamental e indispensável falar da prestação de cuidados de proximidade, e por conseguinte falar da visita domiciliária a alínea n) do artigo 3º do Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Julho define ‘Serviço Comunitário de Proximidade’ como a estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias, para colaboração na prestação de cuidados continuados integrados, constituído pelas unidades de saúde familiar, ou, enquanto estas não existirem, pelo próprio Centro de Saúde, pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos, sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir.

Jesus (2006), menciona que ‘Cuidados de Proximidade’ são a articulação de um conjunto de serviços e de outros recursos de saúde que se encontram disponíveis para os cidadãos, o mais próximo possível (não apenas distância física), a que os mesmos podem ocorrer, quer se trate de cuidados inerentes à promoção da saúde e prevenção da doença, quer digam respeito ao tratamento ou recuperação do seu habitual estado de saúde, adaptação e bem-estar. Ainda de acordo com o autor anteriormente referido estes serviços deverão ser centralizados no próprio cidadão e deverão adoptar a melhor organização e interligação possíveis, de forma a garantir a qualidade, a eficácia e a segurança dos cuidados prestados.

Os serviços de proximidade segundo Pimentel (2001, p.67) compreendem empenho na articulação e complementaridade entre diversos serviços e agentes:

articulação com os serviços de saúde que asseguram cuidados especializados e que permitem a permanência do idoso na sua casa por um período de tempo mais longo; articulação com os ajudantes naturais (em particular a família), uma vez que a abrangência e eficácia dos serviços domiciliários é limitada e se o idoso não usufruir de outras formas de apoio, permanece grande parte do seu tempo sozinho e sem os cuidados necessários.

Oliveira & Berger, (1996) referem que a visitação domiciliária é uma ferramenta essencial na educação para a saúde da população, pois proporciona com equidade uma melhoria da qualidade da atenção oferecida. Kawamoto, Santos & Mattos (2009) argumentam que a visitação domiciliária visa prestar assistência em saúde e educação, junto do indivíduo, da família e na comunidade, ou seja, no âmbito do domicílio. Ainda de acordo com os autores anteriormente referidos é através desta visitação que se efetua uma avaliação das condições socioeconómicas do doente e seus familiares, elaborando deste modo uma assistência específica para cada caso.

Em Portugal, os cuidados no domicílio ganharam representação a partir da década de 80, nomeadamente no contexto da economia social, resultante do aumento do número de pessoas idosas e das suas necessidades. Mas é na década de 90, século XX que se consolidaram e se inscreveram no contexto das políticas de velhice como ações coletivas (Batista, 2012).

Lilian Wald, século XX, foi considerada uma das pioneiras na visitação domiciliária a doentes pobres, desenvolveu assim desta forma linhas de orientação para enfermagem de família, explorando e desenvolvendo o conceito de apoio social e económico que melhoraria a saúde geral das famílias e das comunidades (Louro, 2009).

Apenas após a identificação e esclarecimento das necessidades dos cuidadores é que os profissionais de saúde e da acção social estarão aptos a focar a atenção e a conceber medidas que contribuam para o êxito a longo prazo dos cuidados no domicílio (Figueiredo, 2007).

O Relatório Primavera 2018 relata que a ECCL foi a segunda tipologia da RNCCI a receber um maior número de utentes referenciados “Nas diferentes tipologias da RNCCI aquela para onde foram referenciados mais utentes a nível nacional foi de UMDR com 29,3%, seguida de ECCL com 27,4% e da ULDM com 25,3%” (OPSS, 2018, p.22).

1.4.2 Gestcare CCI

O Gestcare CCI, também designado na gíria por ‘aplicativo da rede’ é uma plataforma online, criada em 2007, tem como objectivo responder a todas as necessidades de registo e monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), (Care4IT Solution, 2018).

Sendo uma plataforma online, este software permite responder às necessidades das tipologias integrantes da Rede, assim como do Núcleo Funcional da RNCCI (anterior Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados), uma vez que possibilita o acesso à informação de cada um dos utentes da RNCCI (Care4IT Solution, 2018).

Além de servir de instrumento de monitorização e referência na RNCCI, o Gestcare CCI compreende vários itens de avaliação, associados ao utente e a cada um dos seus episódios na Rede entre os quais:

Avaliação Médica, Avaliação de Enfermagem, Avaliação Social, Risco de Úlceras de Pressão, Avaliação de Úlceras de Pressão, Instrumento de Avaliação Integrada (Biopsicossocial), Exames Auxiliares de Diagnóstico, Registo de pensos e apósitos, Registo de fármacos, Reacções adversas medicamentosas, Registo de infecção, Cálculo de comparticipação, Outras Avaliações, Avaliação da Dor, Risco de Quedas, Cuidados Paliativos – Avaliação, Avaliação de sintomas de Edmonton, Registo de consumo de fraldas, Identificação de necessidade de apoio social, Registo de prestação de cuidados no domicílio, Agudizações no contexto de reserva de vaga, Nota de alta (Care4IT Solution, 2018).

Apesar do Gestcare CCI ser uma plataforma online, a mesma não se encontra acessível aos profissionais de saúde que prestam cuidados em contexto de urgência hospitalar, como tal os mesmos não têm acesso há informação do utente, no que respeita à RNCC, e vice-versa.

A Associação Nacional de Cuidados Continuados (ANCC) foi criada em 2017 e surgiu com o objetivo de colaborar para um melhor funcionamento da RNCCI, através da correcção de falhas e constrangimentos identificados.

De acordo com o 'Eixo Funcionamento' do Diagnóstico sobre o Funcionamento da RNCCI e Proposta de Soluções realizado pela ANCC, o ponto **5 - Falta de informação fornecida pelos hospitais nos casos de episódios de urgência**, referem que:

Por vezes, há uma subvalorização da informação clínica enviada pelas UCCI's nos episódios em que o utente é enviado aos serviços de urgência dos hospitais, sendo que aquando do regresso do utente, algumas UCCI's constataam que os doentes não vêm acompanhados da Nota de Alta ou outra informação clínica, (...) (ANCC, 2017, p.3)

De modo a corrigir o problema identificado, a ANCC através do documento, 'Propostas para um Melhor Funcionamento da RNCCI através da melhoria e correção dos problemas detetados' apresenta como solução:

a integração no sistema Gestcare CCI, a possibilidade de carregar a informação produzida no hospital, aquando de por exemplo episódios de agudização, possibilitando assim o acesso à mesma informação pelas UCCI, o que evitaria os constrangimentos sentidos quando o utente no regresso do Serviço de Urgência não se faz acompanhar da Nota de Alta. (ANCC, 2017, p.3)

II – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia utilizada para a elaboração do projecto de intervenção foi a metodologia do Planeamento em Saúde, como já foi referido anteriormente. Os autores utilizados que sustentaram esta metodologia são Tavares (1990) e Imperatori & Giraldes (1993).

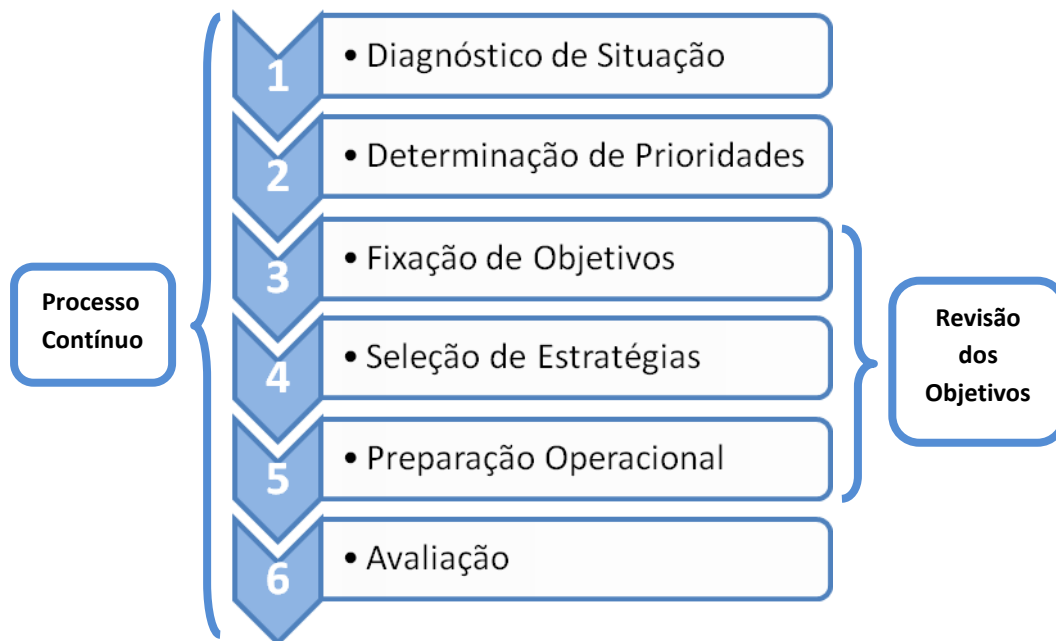
O planeamento em Saúde facilita a resolução de conflitos entre equidade e eficiência, uma vez que existe uma adequada redistribuição dos recursos, possibilitando assim a criação de estratégias de intervenção que beneficiem todos os indivíduos da comunidade (Tavares, 1990). Ainda de acordo com o autor supracitado, para ele, a palavra planear, é um ““(…)processo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) entre várias alternativas, essas escolhas tornam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990, p.29).

Por sua vez Imperatori & Giraldes (1993), definem planeamento em saúde como um instrumento de aperfeiçoamento dos poucos recursos existentes, para alcançar os objetivos inicialmente delineados, sendo necessário a coordenação de esforços oriundos de diversos setores socioeconómicos, independentemente do país ou do sistema de saúde. O planeamento não é somente um conjunto de técnicas ou só uma metodologia, mas “uma atitude ou um posicionamento face à realidade socioeconómica” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.10). Os autores anteriormente referidos defendem que para os projetos de intervenção serem realizados de modo eficaz, o seu autor tem obrigatoriamente que conhecer as diversas etapas do Planeamento em Saúde e deter a noção de que um projeto é uma obra em constante construção, uma vez que este é um processo dinâmico e contínuo. Com o intuito de elaborar projetos (direcionados para problemas de saúde e/ou para problemas dos serviços) eficientes e eficazes é fundamental possuir conhecimento das etapas do Planeamento em Saúde, o que permitirá executar corretas intervenções nesta área (Tavares, 1990).

Imperatori & e Giraldes (1993) e Tavares (1990) consideram que o Planeamento em Saúde (Figura 1) é um processo composto por seis fases: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação

operacional e a avaliação. Não se pode considerar uma etapa inteiramente concluída, visto que, é sempre possível regressar à etapa anterior e recolher mais informações que a levem a refazer “ (...) na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-la” (Imperatori & e Giraldes, 1993, p.28).

Figura nº 1 Etapas do processo Planeamento em Saúde



Fonte: Imperatori & Giraldes, 1993

Diagnóstico de Situação

Como a figura 1, demonstra o Diagnóstico de Situação é a primeira etapa do Planeamento em Saúde, nesta etapa procede-se à identificação dos problemas de saúde da população em estudo e por conseguinte à determinação das suas necessidades de saúde. Tavares (1990) defende que um problema de saúde é um estado de saúde imperfeito, e que por sua vez a necessidade de saúde expressa a diferença entre a realidade e o adequado. Assim sendo ainda de acordo com o autor anteriormente referido o diagnóstico de saúde deve obrigatoriamente ser sucinto, suficientemente alargado, aprofundado, rápido e claro.

Imperatori & Giraldes (1993) vão de encontro ao que Tavares (1990) defende, pois estes autores defendem que o Planeamento em Saúde deve ser suficientemente alargado a

diversos setores, sendo eles o económico e o social, pois facilitará a identificação dos principais problemas de saúde, assim como dos respetivos fatores condicionantes, logo deverá ser “suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas e, fundamentalmente, sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido por todos e para que não se gastem demasiadas energias nesta fase, prejudicando as seguintes” (1993, p.28). Logo não basta caracterizar apenas a população em estudo e as suas necessidades de saúde, é necessário caracterizar também os serviços disponíveis. A coerência entre o diagnóstico de situação e as necessidades delibera qual a importância do plano, programa ou projeto, quer esteja este direcionado para a otimização ou aumento da eficiência dos serviços prestadores de cuidados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Determinação de prioridades

Segunda fase do Planeamento em Saúde, é nesta fase que através de diversos critérios se procede à hierarquização dos problemas identificados na fase anterior. Trata-se de uma fase bastante subjetiva pelo que se deve converter no mais objetivo possível, como tal o problema identificado como prioritário deverá ser coerente e apontar a direção a adotar, como tal deve-se fixar objetivos, que permitam precisar os resultados que se pretendem obter, em relação a quem e em que tempo e espaço (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Tavares (1990), menciona que a determinação de prioridades encontra-se diretamente relacionada com o grau de conhecimento que se detém sobre o problema identificado, a sua gravidade, os seus fatores de risco, a sua pertinência, viabilidade, disponibilidade de recursos e aprovação nas instituições e comunidades, “ a pertinência do plano, a utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir pela implementação de um projeto, torna-se necessário selecionar prioridades, procurando saber que problema (s) se deve (m) tentar solucionar em primeiro lugar” (p.83).

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), estipulam que os principais critérios usados na hierarquização do problema identificado, são três, magnitude (importância, tamanho e dimensão), transcendência (importância segundo os diferentes grupos etários) e vulnerabilidade (prevenção da relação entre o problema e os fatores de riscos). No entanto, os autores anteriormente mencionados referem que existem outros tipos de critérios, tais como: evolução (agravamento, estabilização ou resolução espontânea do problema), irreversibilidade

do dano (prioridade sobre situações que originem danos irreversíveis), conformidade legal (presença de legislação propícia à resolução do problema), fatores económicos (maior despesa, prejuízos na produtividade e aumento da empregabilidade) e disposição populacional (recetividade, satisfação, comprometimento/ nível de controle da população sobre o problema)

De acordo com os autores Sánchez, Abellán e Martínez (2008) esta etapa permite identificar necessidades e áreas prioritárias de ação, e posteriormente, selecionar as intervenções, num processo de tomada de decisões relativa à alocação de recursos. Existe assim uma unanimidade na seleção de critérios, sendo os mais comuns a *magnitude* (incidência, prevalência), a *gravidade do problema* (mortalidade, invalidez, carga social), a *eficácia* (ganho de saúde, vulnerabilidade do problema) e a *viabilidade*.

Fixação dos objetivos

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993, p. 30), um objectivo é o “enunciado do resultado desejável do problema, alterando a tendência da sua evolução. A fixação de objectivos quantificados é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível.”

A Fixação de Objectivos, corresponde à terceira fase do planeamento em Saúde, é nesta fase que se define e formula o objetivo, este deve-se adequar à situação que suscitou o planeamento em saúde, como tal deverão ser: pertinentes (apropriado às situações que originaram a intervenção), precisos (apresentarem com exatidão o percurso a cumprir e definir o novo estado pretendido), realizáveis (deverão ter hipóteses de ser alcançado, logo não deverá ser demasiadamente ambicioso) e mensuráveis (permitindo uma correta avaliação posterior) (Tavares, 1990).

Trata-se então de uma etapa decisiva à concretização do projeto.

Seleção de estratégias

A determinação de estratégias, quarta etapa, faculta a escolha de um conjunto de determinadas técnicas (específicas) que permitem alcançar um determinado objectivo, logo

dever-se-á analisar estratégias alternativas, que permitam realizar uma estimativa dos custos, assim como também uma avaliação e adequação de futuros recursos, “Caso se considere que os recursos são insuficientes haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objectivos. Em caso contrário passar-se-á à fase seguinte” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.30)

Para Tavares (1990) a seleção de uma estratégia depende da avaliação de quatro parâmetros: custos, obstáculos, pertinência e vantagens e inconvenientes (Tavares, 1990).

Para concretizar esta fase com sucesso é essencial que se detenha conhecimento sobre as estratégias já utilizadas e sobre as dificuldades já sentidas anteriormente na resolução do problema identificado, deste modo poder-se-á proceder à escolha de alternativas tendo sempre por base as necessidades e possibilidades de realização (Tavares, 1990). Assim sendo é fundamental deter conhecimento dos recursos disponíveis, logo como o seu custo-benefício, pertinência e pontos positivos e negativos face a cada estratégia.

Preparação operacional

A quinta fase, Preparação operacional, responsável pela apresentação do conjunto de atividades responsáveis pela execução de estratégias, sendo que cada estratégia deverá dar resposta a: “o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade” (Tavares, 1990, p.169)

A Preparação operacional, compreende também: a definição do líder e dos intervenientes, equipamento a usar, estrutura administrativa, o apoio logístico e análise orçamental (com os custos) necessário à realização do projeto, “Dever-se-á nesta fase especificar a responsabilidade da execução das entidades envolvidas, definir os calendários de execução e cronogramas e escolher quem será o responsável pelo seu acompanhamento” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.30).

Avaliação

Avaliação, sexta e última fase do planeamento em saúde, sendo uma fase precisa e pertinente, determina assim o nível de sucesso na concretização de um objetivo, tendo por base os objetivos inicialmente traçados e as suas estratégias planeadas (Tavares, 1990).

(...) avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 173)“.

1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Com a finalidade de identificar quais as necessidades de saúde da população, foi fundamental participar nos diversos programas existentes na UCC.

O Diagnóstico de Situação elaborado no Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, durante o período de 14 de maio a 22 de Junho de 2018 teve como linhas orientadoras “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas” e “Envelhecimento”, o mesmo teve como ponto de partida uma necessidade sentida pelos profissionais que compõem a ECCL sendo essa necessidade, a precária/ inexistente troca de informação entre as unidades hospitalares e a ECCL. Os utentes internados na ECCL quando apresentam episódios de agudização e se deslocam ao serviço de urgência, não trazem informação de retorno, ou a informação que trazem é muito rudimentar/básica, não correspondendo à realidade dos tratamentos que foram efectuados no serviço de urgência. Logo não existe uma troca de informação eficaz sobre a informação clínica do utente, pois a ECCL trabalha com o sistema informático Gestacare CCI e com S Clinic, ao passo que os serviços de urgência usam o sistema informático Alert, ambos não têm possibilidade de aceder ao sistema informático da instituição contrária, devido ao fato destes serem informaticamente incompatíveis, assim sendo coloca -se em risco a continuidade de cuidados ou a adequada prestação de cuidados de saúde.

1.1 Caracterização do Contexto

A Unidade de Cuidados na Comunidade onde foi realizado este diagnóstico, encontra-se inserida na ARS Algarve. De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, das unidades funcionais a implementar consta a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), à qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A presente UCC é funciona das 08.00h às 20.00h de segunda a sexta-feira e das 09.00h às 16.00h nos Sábado e Domingo e Feriados (apenas ECCL).

Esta Unidade tem por missão colaborar para a melhoria do estado de saúde da população do Concelho onde se encontra inserida, através da prestação cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Desempenha atividades também na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo sempre a sua continuidade e qualidade, impulsionando valores consagrados como a Acessibilidade e a Satisfação dos utentes, com a finalidade de obter Ganhos em Saúde.

Esta Unidade tem como objetivo, ser reconhecida pela prestação de cuidados de saúde de qualidade, que impulsionem a acessibilidade do utente em função das suas necessidades, com eficácia, e compromisso ético de responsabilidade social e humanidade-

Os seus valores são a cooperação entre todos os elementos da equipa assegurando a continuidade, e a acessibilidade aos cuidados de saúde, e a solidariedade e trabalho de equipa e o seu compromisso assistencial foi definido em função:

- ✓ Das características sociodemográficas e necessidades da população do Concelho onde exerce a sua atividade.
- ✓ Área geográfica e vias de comunicação;
- ✓ Dos períodos de funcionamento e cobertura assistencial;
- ✓ Das actividades da carteira de serviços

Recursos Humanos

Esta Unidade encontra-se organizada por equipas de intervenção multidisciplinares constituídas por elementos afetos a tempo completo e a tempo parcial.

Em termos de recursos humanos-compreende:

- ✓ 13 Enfermeiros, dos quais 4 são especialistas em saúde infantil e pediátrica, 1 especialistas em saúde materna e obstetrícia, 1 especialista em Saúde Comunitária apresentando ainda o grau de mestre, sendo os restantes 7 enfermeiros generalistas;
- ✓ 3 Médicos Medicina Geral, a tempo parcial;
- ✓ 2 Secretárias clínicas a tempo inteiro;
- ✓ 2 Fisioterapeutas, estando uma profissional a tempo parcial;
- ✓ 3 Assistentes operacionais a tempo inteiro;
- ✓ 2 Técnicas de serviço Social a tempo parcial;
- ✓ 1 Higienista Oral a tempo parcial;
- ✓ 1 Psicóloga a tempo parcial;
- ✓ 1 Terapeuta ocupacional a tempo parcial.

Recursos Materiais

Em termos de recursos materiais a presente UCC, apresenta:

- ✓ 4 Viaturas
- ✓ 2 Unidades Moveis
- ✓ 11 Computadores
- ✓ 2 Computadores portáteis
- ✓ 4 Impressoras
- ✓ Material de consumo clínico para a realização de tratamentos efectuados no âmbito da ECCL

Dinâmica Funcional

Esta Unidade compreende os seguintes programas:

- ✓ SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância)
- ✓ Cantinho Amamentação e VD Recém-nascido
- ✓ Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade
- ✓ Unidade Móvel de Saúde

- ✓ Projetos de Intervenção Comunitária com protocolos estabelecidos com grupos e instituições da comunidade e do concelho Participação na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
- ✓ Participação no Grupo de Apoio ao Idoso
- ✓ Participação no Conselho Municipal de Educação
- ✓ Participação na Rede Social de Inserção
- ✓ Participação na Rede Social
- ✓ Saúde Escolar

Compreende ainda as seguintes equipas:

- ✓ Equipa Coordenadora Local
- ✓ Equipa de Cuidados Integrados

1.1.1 Caracterização da equipa de cuidados continuados integrados

Esta Equipa de Cuidados Continuados Integrados tem uma composição multidisciplinar: 8 enfermeiros dos quais 4 são enfermeiros generalistas e os restantes 4 são enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria (estes disponibilizam algumas horas, pois encontram-se afectos a outros programas da UCC); 3 médico de medicina geral que exerce funções a tempo parcial, 1 Técnica Serviço Social a tempo parcial, 1 Fisioterapeuta e 3 assistentes operacionais.

A ECCL tem como objetivo assegurar gradualmente a prestação de cuidados aos utentes integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados, e prestar o apoio domiciliário da unidade de cuidado personalizado no horário de funcionamento das 8 às 20 horas nos dias úteis, sábados e feriados, com garantia mínima das 9 às 16h.

1.2. Breve Caraterização do Concelho

O Algarve é a região mais a sul de Portugal e encontra-se dividido em Sotavento e Barlavento Algarvio, sendo que este projeto de intervenção foi desenvolvido no Barlavento Algarvio.

1.2.1 Caracterização territorial

O concelho onde esta UCC se insere situado no Barlavento da região do Algarve, representa 14% da superfície da região algarvia, (0,74% a nível do país) sendo que em termos demográficos a população deste corresponde a 8% da população residente no Algarve da superfície total do país e à semelhança de outros concelhos desta região apresenta uma zona rural de serra e barrocal, bem como uma zona litoral.

O Barlavento localiza-se na zona Oeste da região do Algarve, e integra sete concelhos (Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo), a área abrangida é de 2.061 Km², correspondendo a 41,3% do território da região algarvia. A população residente era, no ano em análise (2015), de 161.848 habitantes, ou seja, 37% da população da região, residindo 5.615 no concelho de Aljezur, 22.787 no concelho de Lagoa, 30.778 no concelho de Lagos, 5.476 no concelho de Monchique, 55.439 no concelho de Portimão, 36.547 no concelho de Silves e 5.206 no concelho de Vila do Bispo (INE, 2016).

O Plano de Saúde Local do Barlavento pretende identificar, hierarquizar e comunicar, interna e externamente, as principais necessidades de saúde da população da área abrangida pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Algarve II – Barlavento e Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), ou seja, a dos concelhos de Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo.

O respetivo plano tem por objetivos: assegurar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, nomeadamente contribuindo para uma formação universitária de excelência; promover o desenvolvimento e a motivação dos seus recursos humanos; e melhorar a eficiência económico-financeira, promovendo a eficiência e a eficácia na utilização dos recursos de que dispõe.

A Unidade Hospitalar de Portimão, abrange, entre outros, a totalidade dos concelhos da área do ACeS Barlavento, nomeadamente nas suas Unidades de Lagos e de Portimão. Nesta Unidade são prestados cuidados no âmbito da Cirurgia, Medicina Interna, Ginecologia, Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria Geral, Ortopedia, Cuidados Intensivos, Psiquiatria e Cuidados Paliativos, para além de Consultas de ambulatório—(Plano Local de Saúde, 2017-2020).

A Unidade Hospitalar de Faro constitui também um recurso para a população desta área, em serviços/especialidades inexistentes nas unidades do Barlavento.

Compete aos médicos de medicina geral e familiar, o reencaminhamento dos utentes para consulta de especialidade hospitalar, sempre que assim se justifique.

1.2.2 Caracterização da população do concelho e das suas necessidades de saúde

O envelhecimento populacional é visível, o índice de dependência (total) permite-nos perceber qual a percentagem de população (idosos e jovens) que depende da população ativa. Acredita-se que a médio prazo ocorra uma diminuição do número de activos e consequentemente, da produtividade, dinamismo e competitividade da economia local. (Quadro 2)

Quadro 2 - Índices de Envelhecimento e Dependência do Concelho

Índice Envelhecimento	Índice Dependência (total)	Índice Dependência (Jovens)	Índice Dependência (Idosos)
162,7	57	23,4	35,3

Fonte: INE, Censos 2011

O envelhecimento da população é deste modo um dos problemas reais do concelho, o que leva a consequentes problemas de dependência e maior necessidade quer de cuidados de saúde quer de âmbito social. Requerendo assim a presença de equipas de cuidados

domiciliários integrados para que possam dar a essa população mais idosa o que ela necessita em termos de cuidados de saúde de acordo com os objetivos da respetiva equipa CCI.

1.3. Caraterização da População Alvo

A população a que foi aplicado o estudo de diagnóstico é constituída por todos os elementos constituintes da ECCL da UCC onde foi realizado o Estágio de Enfermagem Comunitária e de saúde Pública, tendo como alvo os indivíduos que recebem cuidados de saúde prestados por essa ECCL.

Foram definidos como critérios de inclusão no estudo:

- ✓ Aceitar participar no estudo de diagnóstico, considerando-se indicativo de concordância de participação voluntária nas entrevistas semi-estruturadas
- ✓ Profissionais que pertençam à ECCL da UCC onde foi realizado o Estágio de Enfermagem Comunitária e de saúde Pública.

As entrevistas aos profissionais decorreram entre o mês de Maio de 2018 a Julho do mesmo ano, na sala de reuniões do local de trabalho dos entrevistados.

O levantamento do diagnóstico de situação que deu origem ao respetivo projeto de intervenção comunitária foi implementando inicialmente numa ECCL de um concelho do Barlavento Algarvio sendo depois alargado a outras ECCL's de concelhos vizinhos de forma a aferir se as necessidades sentidas eram comuns a outras ECCL's integradas na mesma região algarvia. Deste modo procede-se assim a uma re-caraterização da População Alvo e amostra.

Re-caraterização da População Alvo e amostra

A população é constituída por 26 elementos pertencentes às sete equipas de Cuidados Continuados Integrados do Agrupamento de Centros de Saúde do Barlavento, elementos da Equipa de Gestão de Altas do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidades de Faro e Portimão, elementos da Equipa Coordenadora Regional da RNCCI da ARS Algarve.

A amostra do presente estudo é não probabilística, intencional. O processo de seleção e recrutamento foi realizado de forma intencional.

A totalidade da amostra é de 20 elementos constituintes das sete equipas de Cuidados Continuados Integrados do ACES Barlavento Algarvio, da Equipa de Gestão de Altas do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidades de Faro e Portimão, da Equipa Coordenadora Regional. 20% da amostra são indivíduos do sexo masculino e 80% do sexo feminino respetivamente. A média de idades dos profissionais de saúde é aproximadamente de 33 anos, sendo média de tempo de desempenho das suas atuais funções, aproximadamente 6 anos.

Foram definidos como critérios de inclusão:

- ✓ Aceitar participar, considerando-se indicativo de concordância de participação voluntária nas entrevistas semi-estruturadas
- ✓ Profissionais que pertençam às sete equipas de Cuidados Continuados Integrados do ACES Barlavento Algarvio, à Equipa de Gestão de Altas do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidades de Faro e Portimão, e à Equipa Coordenadora Regional.

As entrevistas aos profissionais decorreram entre o mês de Dezembro de 2018 e Janeiro de 2019, na sala de reuniões do local de trabalho dos entrevistados

1.3.1 Instrumentos de recolha de dados

Para Imperatori & Geraldès (1993) a recolha de dados é uma etapa fundamental na realização de um projeto de intervenção, porque permite o acesso à informação necessária para a realização do diagnóstico de situação.

Existe uma panóplia de instrumentos de recolha de dados, tendo em conta os objetivos do projeto, neste caso a recolha de informação foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas, que segundo Tavares (2008) é o instrumento de eleição para apreender qual a perspetiva dos entrevistados.

Entrevista semiestruturada

A técnica da entrevista é uma das mais usadas para recolha de informação, nomeadamente nos estudos exploratórios-descritivos de abordagem qualitativa, uma vez que possibilita um contacto direto com os participantes, sendo possível a recolha de informação relativas a acontecimentos, ideias, opiniões vivências, comportamentos e sentimentos, verbalizadas pelos participantes (Streubert e Carpenter, 2002).

A participação no estudo de diagnóstico foi definida de forma intencional, uma vez que os entrevistados apresentam um conhecimento mais profundo do problema a estudar. A colheita de dados foi realizada através de uma entrevista gravada, conduzida pela mestranda e teve a duração estimada de aproximadamente 40 minutos, na sala de reuniões do local de trabalho do profissional de saúde. Para facilitar a recolha e a análise da informação, pediu-se a sua autorização para proceder à gravação da entrevista.

As entrevistas gravadas foram transcritas totalmente na íntegra e analisadas utilizando como sistema de classificação a metodologia de análise de conteúdo, método que permitiu a transformação da informação recolhida através das entrevistas e posteriormente determinar a disposição dessa informação em categorias analíticas e subcategorias. O principal objetivo da análise de conteúdo consiste na transformação de todo o material recolhido e consequentemente a disposição dessa informação em categorias analíticas determinadas *a priori* ou *a posteriori* (Fialho *et. al.*, 2004).

Análise e tratamento de dados

Para o tratamento dos dados, aplicou-se a análise de conteúdo, tendo por base as orientações de Bardin (2015). Como se pretendia concluir algo a propósito da realidade vivenciada pelos profissionais, recorreu-se a uma análise de conteúdo clássica, com grelha de análise categorial de acordo com as orientações Bardin (2015). Segundo Bardin (2015) para a definição dessas categorias é necessário ‘tratar o material, ou seja codifica-lo’, deste modo, os dados brutos de cada uma das entrevistas foram transformados sistematicamente e agregados em unidades. Esta tarefa permitiu uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo das entrevistas.

1.3.2 Apresentação e análise das entrevistas realizadas

Com base na análise de conteúdo e no guião da entrevista semiestruturada (Apêndice 1) apresentamos os resultados da análise categorial.

➤ ***“Como caracteriza a avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais do doente aquando da alta hospitalar em contexto de urgência/agudização?”***

Pode-se verificar que é unânime a opinião de que a avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais do utente aquando a alta hospitalar é tida como **inadequada** (Quadro 3).

Quadro 3: Análise categorial da questão ***“Como caracteriza a avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais do doente aquando da alta hospitalar?”***

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo/ Indicadores	Unidades de contexto
Avaliação das necessidades	Cuidados de Saúde e sociais	Inadequada	<p>E1“(…)não corresponde às verdadeiras necessidades do utente (...); (...)a nível pronto hospitalar às vezes a nível de outras entidades (...).”</p> <p>E2 “ (...) como há pouca articulação a avaliação acaba se também por não ser....não há... (...).”</p> <p>E3 “(...) aquando da alta hospitalar agente tem se deparado com imensas falhas (...).”</p> <p>E4 “(...) nota se que há da parte dos hospitais, eles mandam as pessoas para casa sem pensar que tipo de enquadramento e como é que será em termos de cuidados não só em termos de enfermagem e de saúde mas também a nível social.”</p> <p>E5 “Eu penso que é insuficiente (...).”</p> <p>E6 “A nível hospitalar... muitas vezes essa avaliação é um bocadinho escassa, não há uma preparação para a alta (...).”</p> <p>E7 “Os doentes quando têm alta hospitalar estão devidamente, as suas necessidades de saúde e sociais estão devidamente avaliadas? Não (...).”</p> <p>E8 “ São insuficientes não é?”</p> <p>E9 “ Já teve pior, já está melhor”</p> <p>E10 “ (...) sobretudo as sociais”</p> <p>E11 “ Existe algumas lacunas essencialmente na... na... articulação (...).”</p> <p>E12 “ Acho que são mal avaliados na sua maioria.”</p> <p>E13 “ Eu penso que essa avaliação das necessidade, não está, não está bem avaliada, (...)”</p> <p>E14 “ Por vezes identificamos outro tipo de necessidades que poderão não estar de acordo com aquelas identificadas”</p> <p>E15 “ Deficitária, com isto digo tudo”</p> <p>E16 “(...) O trabalho aí é muito, muito pouco.”</p> <p>E17 “A articulação, a avaliação das necessidades no hospital, neste momento não está a ser feita adequadamente (...)”</p> <p>E18 “(...) parece-me a mim que às vezes a avaliação é um bocadinho deficitária (...)”</p> <p>E19 “Isso é muito variável (...) normalmente é sempre muito complicado (...)”</p> <p>E20 “(...) deverão ser intervenções holísticas não é?”</p>

Fonte: Autores do Relatório

Murakami e Colombo (2013) referem que a avaliação das necessidades através de critérios claros de elegibilidade, a identificação e avaliação adequada das necessidades multidimensionais o mais precocemente possível, são procedimentos que devem fazer parte da modernização dos cuidados nos vários países da Europa.

Cainé (2005, p.41) defende que “ *a alta hospitalar resulta de uma decisão médica assente em critérios exclusivamente clínicos*”, ou seja este tipo de atitude, impede e desvaloriza a participação dos enfermeiros no processo de alta, em nada adequado, à necessidade de valorização da continuidade de cuidados que precisa de uma abordagem interdisciplinar na preparação do plano da alta.

O envolvimento e a participação da família no planeamento da alta e processo de cuidados é fundamental para uma estratégia de promoção da continuidade dos cuidados centrados na dignidade do indivíduo doente e com vista à sua máxima recuperação (Augusto et al , 2002).

➤ ***“Como caracteriza o fluxo de comunicação entre as entidades hospitalares e a ECCL em contexto de urgência/agudização”?***

A totalidade dos entrevistados refere que o fluxo de comunicação entre as entidades hospitalares e a ECCL em contexto de urgência/agudização é **inadequado**, o que coloca em risco a continuidade de cuidados de saúde prestados aos utentes internados nas ECCL's (Quadro 4).

Quadro 4: Análise categorial da questão *“Como caracteriza o fluxo de comunicação entre as entidades hospitalares e a ECCL em contexto de urgência/agudização?”*

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo/ Indicadores	Unidades de contexto
Fluxo de comunicação	Unidades hospitalares e ECCL	Inadequado	<p>E1 “(...) muitas vezes essa articulação não existe, ou seja, o hospital não nos informa da alta desse utente (...)”</p> <p>E2 “(...) a articulação tem vindo a melhorar, é certo, pronto, ainda assim acho que é preciso melhorar muita coisa (...)”</p> <p>E3 “(...) A articulação é baixa poderia ser bastante melhor (...)”</p> <p>E4 “(...) não há uma grande articulação da percepção que eu tenho.”</p> <p>E5 “(...) é um bocadinho ineficaz, porque poderia ser realmente melhor (...)”</p> <p>E6 “Deficiente (...)”</p> <p>E7 “É deficitária”</p> <p>E8 “Esta articulação digamos....que portanto praticamente não existe (...)”</p> <p>E9 ““Acho que a comunicação é pouco ou nada com a urgência, é pouco ou nada mesmo. Porque é assim a agudização sei quando o doente me liga, olha o meu pai, a minha mãe foi...o doente não, o cuidador me liga, “o meu pai, a minha mãe foi para a urgência.”</p> <p>E10 “A nossa realidade aqui em contexto de urgência não, não temos comunicação com o serviço de urgência.”</p> <p>E11 “Há pouca comunicação, muito pouca comunicação.”</p> <p>E12 “(...) melhoradas no sentido, nos dois sentidos (...)”</p> <p>E13 “(...) eu penso que também aqui existem lacunas (...) não há uma comunicação (...)”</p> <p>E14 “(...) não há comunicação, não há mesmo comunicação”</p> <p>E15 “Inexistente de forma oficial.”</p> <p>E16 “Praticamente não existe.”</p> <p>E17 “(...) o conhecimento do regresso ao domicílio com notas de alta e com articulação de profissionais no sentido em que o utente necessita da continuidade de cuidados, normalmente falha, há uma falha nesse sentido”</p> <p>E18 “Acho que podemos melhorar, (...) muitas vezes nem sequer a equipa teve conhecimento que o doente agudizou, (...)”</p> <p>E19 “(...) muitas vezes as ECCL’s não sabem quando o doente agudiza (...)”</p> <p>E20 “Tenho noção que não existe nenhum canal definido, (...)”</p>

Fonte: Autores do Relatório

A presença de uma articulação adequada entre as unidades hospitalares e a ECCL, vai permitir a garantia da continuação da prestação dos cuidados, assim como também uma resposta pronta e atempada dos diversos níveis de prestação de cuidados ao utente e família, assegurando o *“direito a cuidados adequados à sua circunstância de vida e de saúde, quer sejam de natureza preventiva, curativa, de reabilitação, manutenção ou paliativos”* (Carta de Direitos e Deveres do Doente, Lei 48/90 de 24 de Agosto, direito, nº3)

O decreto-Lei nº437/91 de 8 de Novembro, no nº 1, artigo 7º menciona que os enfermeiros devem: “integrar no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem ao indivíduo e à família, a preparação da alta ou internamento hospitalar e participar nas acções que visam a articulação entre os cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados”.

O planeamento antecipado da alta permite preparar adequadamente o doente, a sua família e ou os cuidadores (formais ou informais) para a transição do hospital para o domicílio, contribuindo assim deste modo para o desenvolvimento de condições que promovam o autocuidado e a reintegração do utente na família e comunidade, otimizando desta forma a articulação com outros recursos da comunidade.

➤ ***“No seu entender em contexto de urgência/agudização que barreiras existem na comunicação entre a ECCL e as unidades hospitalares e vice-versa em contexto de urgência/agudização?”***

A totalidade dos entrevistados refere que a principal barreira existente entre as ECCL's e as unidades hospitalares é mesmo a falta, a **inexistência de comunicação**, de documentação de informação entre estas duas entidades, a inexistência de um canal próprio de transmissão de comunicação (Quadros 5 e 6).

Quadro 5: Análise categorial da questão ***“No seu entender em contexto de urgência/agudização que barreiras existem na comunicação entre a ECCL e as unidades hospitalares e vice-versa?”***

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo/ Indicadores	Unidades de contexto
Comunicação	Barreiras	Agudização	<p>E1 “(...) o hospital não nos informa da alta desse utente (...) às vezes a própria família que nos informa que o utente já teve alta hospitalar já está no seu domicílio e já pode novamente usufruir dos nossos cuidados (...)”</p> <p>E2 “(...) não ficando registada pelo menos nós não conseguimos ter acesso, nós ou outra entidade(...)”</p> <p>E3 “ (...) as pessoas falam pouco umas com as outras e acabam por não ter um bom contacto(...), (...) os profissionais que trabalham nos hospitais e os profissionais que trabalham nos centros de saúde (...)”</p> <p>E4 “ (...) tem agudizações nomeadamente quando vão à urgência, e nós não temos qualquer feedback e não, não sabemos (...) , (...) às vezes nem sequer vem nada por escrito. (...)”</p> <p>E5 “(...) a alta hospitalar normalmente não vem nota...nenhuma...e quando vem é muito simples e...e... não dá ideia daquilo que foi acontecendo tem se sempre que perguntar ao...ao utente, ao idoso, ao familiar (...), (...) o que acontece muitas vezes é que há muita fragilidade... na continuidade dos conhecimentos, dos resultados que foram realizados nas unidades hospitalares e daí muitas dúvidas (...)”</p> <p>E6 “ (...) tem agudizações ... vão à urgência, e nós não temos qualquer feedback e não, não sabemos (...)”</p> <p>E7 “Os doentes agudizam, vão à urgência e nós não temos conhecimento dos procedimentos, apenas sabemos aquilo que o familiar, cuidador nos diz (...)”</p> <p>E8 “ (...) a articulação é sempre insuficiente e isso lá está muitas vezes reflecte-se no cuidar do doente.”</p> <p>E 9 “(...) a barreira é falta de documentação, falta de informação em papel porque na urgência também não têm acesso ao nosso processo clínico(...)”</p> <p>E10 “ (...) não sabem que nós prestamos cuidados à pessoa no domicílio. Eles lá funcionam com o Alert e lá (sistema) não há nenhuma indicação digamos assim, que aquele doente pertença à nossa equipa. Muitas vezes é o próprio doente que diz que vão lá a casa para realização de pensos... coisa assim (...). (...) o sistema informático, não haver...uma... uniformização do mesmo sistema informático em que todas as várias equipas hospitalar ou não, tenham acesso à mesma informação do utente no contexto de urgência.”</p>

Quadro 6: Continuação da análise categorial da questão **“No seu entender em contexto de urgência/agudização que barreiras existem na comunicação entre a ECCL e as unidades hospitalares e vice-versa?”**

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo/ Indicadores	Unidades de contexto
Comunicação	Barreiras	Agudização	<p>E11 “(...) não há um feedback (...), (...) acho que há ali um bocadinho de falta de comunicação.(...) Às vezes o doente está na urgência, quando volta para casa a gente não sabe o que é que o doente fez na urgência(....)”</p> <p>E12 “relativamente da urgência para a ECCL, nunca existiu até à data, que eu tenha conhecimento, pelo menos aqui na nossa ECCL nenhum documento que tenha chegado da parte deles com o que se passou relativamente à urgência daquele utente.”</p> <p>E13 “(...) penso que existe aqui a nível da comunicação, existe aqui mesmo uma, uma falha no canal, também da nossa parte não estou a só a falar da parte deles, também nós deveríamos se calhar ter uma articulação diferente com o hospital,(...), (...)é feita alteração de medicação e nós não somos informados, é o utente que nos informa, portanto (...),é mais um doente que dá entrada no hospital e eles no hospital não sabem que os doentes pertencem a uma equipa se o familiar, não, não comunicar isso (...)”</p> <p>E14 “(...) a comunicação entre a ECCL e Serviço de Urgência, neste caso praticamente não existe, nós não temos, não há um canal(....)”</p> <p>E15 “Incompatibilidade dos sistemas informáticos, dos programas utilizados (...) Nós em cuidados de saúde primários usamos o Sclinc e em urgência utilizamos o Alert e nós não conseguimos aceder ao Alert”</p> <p>E16 “(...) canais de comunicação”</p> <p>E17 “ (...) as equipas que seguem os utentes em casa (...),Sabem muitas vezes pelos familiares qual é o motivo da vinda à urgência, do episódio de urgência, mas depois a informação do retorno essencialmente aquilo que foi feito, os tratamentos que foi submetido ou um diagnóstico portanto esse conhecimento não existe (...)”</p> <p>E19 “ (...) o doente sai do hospital sem a adequada informação para ser levada aos profissionais das ECCL's que muitas vezes não sabem porque é que o doente cá esteve, e porque é que não esteve, o que é que aconteceu e quais foi, qual foi a decisão tomada em relação à situação que aconteceu (...)”</p> <p>E19 “ (...) muitas vezes os doentes não levam notas de alta, o problema é que não levam com eles e também não mandam para as ECCL's (...), (...)muitas vezes o doente sai do hospital sem informação nenhuma, nós já temos detectado isto várias vezes (...)”</p> <p>E20 “Tenho noção que não existe nenhum canal definido, (...)”</p>

Fonte: Autores do Relatório

➤ **“Que estratégias sugere para superar as situações identificadas relativamente comunicação?”**

A totalidade dos entrevistados refere que a principal estratégia passaria pela **existência de um canal próprio de transmissão de comunicação** entre estas duas entidades, sendo que na sua maioria, 16 dos 20 entrevistados referem a criação de um livro com a informação clínica, no entanto 4 dos entrevistados referem que poderia passar por existir compatibilidade a nível informático, uma vez que os programas informáticos (SI Gestcare e o Sclinc) utilizados pelos profissionais das ECCL's são incompatíveis com os programas informáticos utilizados a nível de urgência (Alert) e vice-versa (Quadro 7).

Quadro 7: Análise categorial da questão “Que estratégias sugere para superar as situações identificadas relativamente comunicação?”

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo/ Indicadores	Unidades de contexto
Comunicação	Estratégias	Adequada	<p>E1 “(...) acho que deve haver um fio condutor, deve haver um encaminhamento de um email, de uma carta, um livro (...)”</p> <p>E2 “(...) um simples email, escrever um textozinho uma informação específica, envia-se e fica lá registado, está lá, está registado e a informação passa-se”</p> <p>E3 “(...) era preciso mais informação, em papel ou a nível informático(...)”</p> <p>E4 “ (...) acho que passa mais pela envio de informação clínica, quer seja em suporte de papel, ou por email (...)”</p> <p>E5 “(...) relatórios, pode ser em termos de contacto telefónico porque isso é importante não é só que está escrito, porque às vezes há coisas que se calhar também faladas na altura haver um contacto entre os profissionais, penso que será isso”</p> <p>E6 “ (...) elo de ligação (...), (...) nem que fosse em suporte de papel (...)”</p> <p>E7 “(...) um formulário próprio para esse preenchimento (...)”</p> <p>E8 “ (...) em conjunto preencher um livrito(...)”</p> <p>E9 “ (...) eu acho imprescindível, um documento, um livrinho, uma coisa qualquer onde esteja tudo, medicação, patologias, antecedentes pessoais, tudo até as nossas notas de enfermagem, de médico, de toda a equipa, uma coisa que vá sempre com o utente, tipo um bilhete de identidade.”</p> <p>E10 “ (...) uniformização do sistema informático (...) Poderíamos fazer um papel, poderia o doente ter algum formato, algum livro, papel, alguma informação que a equipa vai a casa prestar determinados cuidados de saúde.”</p> <p>E11 “ Primeiro a nível do computador (...) , (...) um livro para acompanhar os doentes da ECCL, que fossem há urgência (...)”</p> <p>E12 “ (...) criar realmente algo que seja um documento ou um livro, ou que seja... de maneira que esteja lá tudo escrito, o que se foi passando com o historial do utente.”</p> <p>E13 “(...) se viesse uma carta com todo esse historial a até nós para eles também, o doente ir ao hospital e levar o que nós lhe estamos a fazer não só em termos de medicação, mas em termos de cuidados de enfermagem, de fisioterapia, portanto haver aqui um canal de comunicação mais aberto(...), (...) Pode passar por um boletim, livro, pode passar a nível informático, pode passar até por uma chamada telefónica.”</p> <p>E14 “ Poderia ser uma hipótese, um livrinho de cuidados domiciliários em que realmente seria registado todas as idas à urgência, e a medicação que teria feito, os tratamentos, isso realmente poderia ser viável, para mim era viável.”</p> <p>E15 “(...) um documento que do qual se fizesse acompanhar e que possibilita-se a continuidade de informação e uma transmissão, uma transmissão de informação por via de um documento que o utente se fizesse sempre acompanhar (...) eu penso que tipo um livrinho seria mais vantajoso até porque tratando-se de idosos, eu penso que seria melhor uma coisa em papel.”</p> <p>E16 “O suporte de papel é muito mais prático (...) nós na ECCL temos uma faixa etária mais envelhecida e tudo o que é papel é mais prático para eles transportarem.”</p> <p>E17 “ (...) um livro que servisse para a rede em que fosse registado, portanto seria como um... um... boletim de vacinas em que seria registada a entrada da urgência, que esse seria cedido aos profissionais, ao médico e tanto a informação por muito pouca que... que fosse o mínimo de informação transitava entre o hospital e o domicílio para os profissionais terem conhecimento (...)”</p> <p>E18 “ (...) poderia haver forma da mesma maneira que o doente diabético tem o seu cartãozinho, livrinho de registos da glicemia, o hipertenso da hipertensão, o hipo coagulado ou se calhar um doente que é acompanhado por uma equipa destas também pode ter o seu registo que o acompanhe e que ele facilmente posso entregar aos profissionais, (...)”</p> <p>E19 “ (...) perceber melhor aonde é que o doente está, para onde é que foi, por exemplo a criação de um documento que o acompanhe (...)”</p> <p>E20 “O que está definido é que a pessoa quando sai de qualquer serviço hospitalar deve levar uma nota alta não é? Uma nota de transferência não é?”</p>

Fonte: Autores do Relatório

Se o utente dispor de um livro que contenha toda ou a maioria da sua informação clínica, haverá benefícios a diversos níveis, nomeadamente para o utente que receberá cuidados de saúde adequados e manterá a receção da continuidade de cuidados necessários à sua condição de saúde e aos profissionais de saúde das diferentes instituições que adquirem um conhecimento mais profundo e completo daquele utente, permitindo assim prestar cuidados de saúde adequados tendo em conta o utente numa forma holística.

➤ ***“No seu entender quais os principais resultados para os utentes de uma comunicação/articulação adequada entre a ECCL e as Unidades Hospitalares?”***

Na perspetiva da maioria dos entrevistados será a continuidade de cuidados adequados, tendo sido essa a resposta apresentada por 17 dos 20 entrevistados, sendo que 2 referem encurtamento no tempo de resposta aos cuidados necessários e apenas 1 entrevistado menciona que os utentes e familiares se sentiriam mais acompanhados (Quadro 8).

Quadro 8: Análise categorial da questão ***“No seu entender quais os principais resultados para os utentes de uma comunicação/articulação adequada entre a ECCL e as Unidades Hospitalares?”***

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo/ Indicadores	Unidades de contexto
Articulação/ Comunicação	Principais resultados	Adequada	<p>E1 “(...) eu acho que os utentes e os cuidadores e a família (...) a principal vantagem é encurtar o tempo de resposta aos cuidados que são necessários.”</p> <p>E2 “(...) continuidade dos cuidados ao utente (...)”</p> <p>E3 “(...) um seguimento mais eficaz”</p> <p>E4 “(...) seria muito mais fácil e muito mais rápido a triagem da situação (...)”</p> <p>E5 “(...) manutenção dos cuidados de saúde ao utente”</p> <p>E6 “(...) cuidados assegurados digamos (...)”</p> <p>E7 “continuidade de cuidados”</p> <p>E8 “(...) quer os utentes quer os cuidadores se sentem de alguma maneira mais acompanhados (...)”</p> <p>E9 “(...) conhecimento de situações dos utentes que são pertinentes (...), (...) mesmo em termos de conciliação terapêutica, penso que era uma mais valia, para evitar erros”</p> <p>E10 “Os utentes beneficiam porque têm um acompanhamento permanente desta equipa, nos mais variados níveis.”</p>

Fonte: Autores do Relatório

Quadro 9: Continuação da análise categorial da questão *“No seu entender quais os principais resultados para os utentes de uma comunicação/articulação adequada entre a ECCI e as Unidades Hospitalares?”*

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo/ Indicadores	Unidades de contexto
Articulação/ Comunicação	Principais resultados	Adequada	<p>E11 “ (...) o trabalho seria mais completo, continuidade nos cuidados (...)”</p> <p>E12 “ (...) a proximidade dos cuidados (...), (...) a ligeireza de prestar cuidados (...)”</p> <p>E13 “ (...) conseguirmos dar melhores cuidados (...)”</p> <p>E14 “ (...) possamos dar continuidade de uma forma mais adequada e efectiva aos cuidados (...)”</p> <p>E15 “ Portanto o resultado seria positivo, o utente teria uma, uma maior articulação entre cuidados de saúde primários, ECCI e unidades hospitalares, o que resultaria na continuidade de cuidados (...)”</p> <p>E16 “ Só tem benefícios para a continuidade de cuidados, benefícios em termos de melhoria a nível de tratamentos, a nível da melhoria do estado geral de saúde do utente.”</p> <p>E17 “acima de tudo ganhos em saúde, há uma continuidade dos cuidados (...)”</p> <p>E18 “ (...) garantir a continuidade dos cuidados adequados às situações de cada utente e família (...), (...)promover a funcionalidade, e a autonomia e a reinserção e a reabilitação dos utentes o mais precocemente possível (...)”</p> <p>E19 “ (...) perceber as dificuldades de uns e doutros e arranjar soluções, ah... conhecer os nossos utentes e desenvolver os melhores cuidados, porque quanto mais, melhor for a comunicação e a articulação mais fácil é perceber do que é que realmente as pessoas necessitam (...)”</p> <p>E20 “ (...) tudo o que venha facilitar a comunicação ... beneficia sempre, (...), (...) porque quanto mais conhecermos daquela pessoa e daquela família melhor a nossa intervenção (...)”</p>

Fonte: Autores do Relatório

“A acessibilidade à ECCI deverá, ainda, ser garantida através de atendimento telefónico, nomeadamente, para acompanhamento, supervisão e aconselhamento do utente e ou cuidador, num horário alargado, para situações devidamente identificadas.” (MCSP, 2007, p.13).

A interdisciplinaridade é necessária à avaliação do utente e consequentemente dá resposta às necessidades globais deste e da sua família, numa verdadeira filosofia holística, pelo que “o envolvimento de cada um dos intervenientes no processo, profissionais, utente, família ou cuidador, pelo que os sistemas e mecanismos de articulação e coordenação constituem uma das chaves do processo de avaliação e prestação de cuidados integrais e integrados” (MCSP, 2007, p.7).

A ECCI agrega diversos profissionais de saúde, sejam eles, médicos, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social e psicológico, estes prestam cuidados no domicílio e recorrem

fundamental articulação entre si e outros recursos presentes no ACES e na comunidade (MCSP, 2007).

O OPSS (2011) recomenda a implementação de medidas que melhorem o nível da articulação da RNCCI com os restantes níveis de cuidados, com a finalidade de aumentar a sua eficiência e eficácia fomentando desta forma a sua sustentabilidade.

Através do aumento do volume de referências para a RNCCI (as quais deverão ser feitas o mais precocemente possível) é possível verificar-se assim a existência de uma margem importante de poupança e potencial para a libertação de camas hospitalares (Costa, 2010).

Para existir sucesso na continuidade de cuidados e uma adequada utilização dos recursos é essencial que se verifique um planeamento antecipado e multidisciplinar da alta, identificando assim: quais os cuidados necessários no pós-alta, desenvolvendo com o utente, com a família, cuidador, planos de cuidados apropriados que minimizem o risco de readmissões ou de complicações e o evitar desnecessário do prolongamento do internamento hospitalar (Santos, 2002; Rice, 2004 e Petronilho, 2007).

O diagnóstico de situação deverá terminar com uma lista dos problemas identificados, que se pretende resolver ou diminuir (Tavares, 1990). Assim sendo com base nos dados analisados resultantes das entrevistas efetuadas, identificaram-se os seguintes problemas:

- Deficitária de articulação/comunicação interinstitucional entre as Unidades Hospitalares e ECCL em contexto de urgência/agudização;
- Ausência de um canal próprio de transmissão de comunicação entre estas duas entidades.

Os resultados obtidos foram apresentados de forma informal à enfermeira supervisora do ensino clínico e à professora orientadora do mesmo, assim como aos participantes nas entrevistas, sendo validados por estes últimos, que reafirmam que as áreas problemáticas são a deficitária articulação na transmissão de informação interinstitucional e a inexistência de um canal definido que permita a transmissão dessa informação adequada entre os diferentes pro-

fissionais de ambas as instituições, no sentido de uniformizar práticas e conceitos, com o intuito de se manter a continuidade de cuidados de saúde adequados.

1.3.3 Questões éticas

Fortin (1999, p.114) “ (...) *define ética como o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.*”

Solicitadas as devidas autorização: à direcção do ACES Barlavento (Anexo 1), à Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (Anexo 2) e à Comissão de Ética da ARS Algarve (Anexo 3), tendo sido obtido parecer positivo.

Antes da realização da entrevista foi solicitado aos profissionais o preenchimento de um consentimento informado (Apêndice 2 e 3), após terem sido explicados os objetivos do estudo em questão. Este consentimento exhibe a declaração por escrito da decisão voluntária de participação e autorização de gravação, bem como a possibilidade de recusarem a sua participação e/ ou desistirem no decorrer da entrevista, e a possibilidade de não responderem a alguma das questões colocadas durante a entrevista.

De forma a tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas entrevistas, foram garantidos os direitos dos participantes, tais como a proteção dos dados, o anonimato e a confidencialidade e todos os dados obtidos são confidenciais e apenas usados para o estudo em questão.

As entrevistas aos profissionais decorreram entre o mês de Maio de 2018 a Julho do mesmo ano, e entre o mês de Dezembro de 2018 e Janeiro de 2019, na sala de reuniões do local de trabalho dos entrevistados.

A destruição da gravação será efectuada num prazo de 90 dias após a data da apresentação/publicação dos resultados do estudo.

2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades constitui a segunda fase do planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993, p. 63) é “a segunda fase do processo de planeamento da saúde. Aparece, por esse motivo, condicionada pela etapa anterior – o diagnóstico da situação – e determinará a seguinte – a fixação de objetivos.”

A seleção e hierarquização dos problemas de saúde identificados, é realizada de acordo com critérios estipulados, critérios esses que determinam a prioridade dos problemas identificados, a principal dificuldade desta fase é a subjetividade que a mesma apresenta. Os critérios utilizados na priorização dos problemas de saúde são, a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade.

A **Magnitude**, é o primeiro critério de priorização e descreve o problema de acordo com a sua dimensão, a evidência revela que as lacunas na comunicação da transição de informação dos cuidados prestados ao doente entre os profissionais da saúde, são responsáveis por cerca de 70% dos efeitos adversos na saúde a nível internacional. Por sua vez a nível nacional verificou-se que 50% dos casos resultaram da ausência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde (*Norma nº 001/2017 da Direção Geral de Saúde, 2017*).

Segundo critério, a **Transcendência** exprime a importância do problema de acordo com os grupos etários, o envelhecimento da população leva também por conseguinte a um aumento de situações de doença crónicas, incuráveis ou terminais, as situações de carência social e o aumento das situações de incapacidade e dependência, simultaneamente com o ímpeto economicista para a prematuridade das altas hospitalares, são alterações que geram novos desafios aos sistemas de saúde reforçando assim a importância para o desenvolvimento dos cuidados de saúde prestados no domicílio (Sousa, 2009). De acordo com o INE (2019), em 2018, o índice de envelhecimento do concelho de Silves era 170,0%, e o índice de envelhecimento nacional (Portugal) de 157,4%.

O último critério, a **Vulnerabilidade** expressa a capacidade de intervir na resolução do problema, desta forma a criação de um canal próprio de transmissão de informação entre os

profissionais de saúde, irá resultar numa melhoria da continuidade de cuidados prestados, uma vez que irá permitir a continuidade dos mesmos.

Outros critérios que também podem ser mencionados neste contexto, são a **irreversibilidade do dano** (a continuidade de cuidados permite que se previna e/ou diminua a presença de sequelas) e a **conformidade legal** (a integração e continuidade dos cuidados prestados aos cidadãos é um dos princípios do Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020, sendo que este define que os cuidados de saúde devem ser adequados às necessidades do cidadão, e este deverá ter acessos aos mesmos o mais rápido possível. Também a alínea d) do Artigo 104.º “Do direito ao cuidado”, do Código Deontológico, Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro, refere que o enfermeiro tem o dever de assegurar a continuidade dos cuidados e registar as intervenções realizadas e as observações efetuadas).

As necessidades podem ser reais (quando são identificadas pelo investigador) ou sentidas (as quais podem ser ou não expressas pelos indivíduos e/ou comunidades analisadas). Para Imperatori & Giraldes “As necessidades de saúde constituem a parte fundamental do diagnóstico, mas não são a sua totalidade” (1993, p.16) Deste modo identificaram-se as seguintes necessidades:

- ✓ Caracterizar o fluxo de comunicação entre as Unidades Hospitalares e as ECCL's em contexto de agudização/urgência;
- ✓ Descrever as barreiras presentes na comunicação entre as Unidades Hospitalares e ECCL em contexto de agudização/urgência;
- ✓ Descrever as estratégias que facilitem a comunicação entre as Unidades Hospitalares e ECCL's em contexto de agudização/urgência;
- ✓ Elaborar um instrumento facilitador de transmissão de informação clínica do utente entre as duas unidades.

3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A fixação de objetivos, é a terceira fase do planeamento em Saúde, fase em que se define e formula o objetivo.

Para Imperatori e Giraldes (1993), a formulação de objetivos depende de quatro fases, sendo elas: seleção de indicadores dos problemas prioritários, determinação de propensão, importância e consciência dos problemas prioritários, fixação dos objetivos a atingir e por fim a tradução desses problemas em objetivos prioritários ou metas

De acordo com os autores anteriormente referidos, esta etapa é essencial no planeamento em saúde, pois só através de uma correta e quantificada fixação de objetivos poder-se-á realizar uma correta avaliação dos resultados obtidos. Ainda de acordo com os autores anteriormente referidos, um objetivo é um enunciado desejável e exequível de um problema, que irá modificar evolução do mesmo.

Um indicador é a ligação entre uma situação específica e uma população em risco, o mesmo poderá ser indicador de impacto (ou resultado, analisam as alterações aferidas num problema de saúde ou a atual dimensão desse mesmo problema) ou indicador de atividade (ou execução, estes analisam a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com o intuito de alcançar um ou mais indicadores de resultado) (Imperatori e Giraldes , 1993).

O projeto de intervenção comunitária, ***“A Continuidade de Cuidados: Comunicação entre Hospitais e a ECCI. Que realidade?”*** apresenta como finalidade incrementar a continuidade de cuidados de saúde no domicílio dos utentes internados nas ECCI’s.

O seu objetivo geral é: Melhorar a comunicação entre as unidades hospitalares do CHUA e as ECCI’s do ACES Barlavento.

Como objetivos operacionais definiram-se:

- 1 Identificar o fluxo de comunicação entre as Unidades Hospitalares e a ECCI’s em contexto de urgência/agudização entre Outubro de 2018 até ao final do mês de Janeiro de 2019;

- 2 Identificar as barreiras presentes na comunicação entre as Unidades Hospitalares e as ECCL's , em contexto de urgência/agudização entre Outubro de 2018 até ao final do mês de Janeiro de 2019;
- 3 Identificar estratégias que facilitem a comunicação entre as Unidades Hospitalares e as ECCL's em contexto de urgência/agudização entre Outubro de 2018 até ao final do mês de Janeiro de 2019;
- 4 Elaborar um instrumento facilitador de transmissão de informação clínica do utente entre as duas unidades, entre Outubro de 2018 até ao final do mês de Janeiro de 2019.

4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Seleção de Estratégias corresponde à quarta etapa do Planeamento em Saúde, a sua determinação visa prever que medidas facilitam concretizar os objetivos inicialmente estipulados. As estratégias responsáveis pela satisfação dos objetivos do presente trabalho foram a nível dos recursos humanos, materiais e financeiros.

As estratégias definidas são:

- Envolvimento dos profissionais através da sua participação ativa no estudo de diagnóstico
- Articulação intersectorial com vista à efetiva continuidade de cuidados
- Livro do utente como instrumento de continuidade de cuidados

5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO

Quinta etapa da metodologia em saúde, modelo que nos encontramos a seguir, desde o início da realização deste trabalho. Etapa responsável pela descrição das atividades usadas na concretização do projeto, partindo dos objetivos operacionais e tendo por base os conceitos definidos por Tavares (1990), são eles: atividade, quem participa, quando (data), onde (local), como (descrição dos meios usados), avaliação da atividade e meta a alcançar.

Os enfermeiros que integram as ECCL trabalham em articulação e complementaridade com outros profissionais de saúde, prestando cuidados de saúde com base nos diagnósticos de enfermagem, no planeamento das intervenções e na avaliação de resultados, com o intuito de obter uma melhoria do bem-estar e conforto dos utentes, cuidadores e familiares. Tais atitudes colaboram para a efectividade e eficiência dos cuidados prestados pela ECCL, assim como para a presença de informação – registos de enfermagem – que representam as práticas dos enfermeiros e os resultados obtidos a partir dos cuidados de enfermagem (OE, 2009).

Objetivo operacional nº 1 - Identificar o fluxo de comunicação entre as Unidades Hospitalares e as ECCL's em contexto de urgência/agudização entre Outubro de 2018 até ao final do mês de Janeiro de 2019 (Quadro 8).

O estabelecimento de uma comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados de saúde, é a base para uma transição de cuidados seguros, visto que desta transição eficaz e segura resulta a diminuição de lacunas e erros, conduzindo assim desta forma a um tratamento apropriado (*Norma nº 001/2017* da Direção Geral de Saúde, 2017).

Para Brás & Ferreira (2016, p.576) a “ (...) problemática da comunicação em saúde nas suas diversas dimensões representa um caminho para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados”.

Quadro 10: Definição e implementação das atividades para concretizar o objetivo nº 1

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação da atividade	Indicador de Atividade	Meta
Realização de entrevistas semi-estruturadas à ECR Faro e EGA- CHUA Unidades de Faro e Portimão	1 Enfermeiro – Estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública	2º Semestre de 2018	Sede da ECCI de: Lagoa Lagos Monchique Portimão Vila do Bispo Aljezur	Reuniões programadas para a realização de entrevistas semi-estruturadas gravadas	Realização efectiva das entrevistas semi-estruturadas	Taxa de entrevistas semi-estruturadas realizadas	Realização das entrevistas semi-estruturadas na totalidade 100%
Realização de entrevistas semi-estruturadas aos enfermeiros das ECCI's do Barlavento Algarvio	Elementos das ECCI Lagoa Lagos Monchique Portimão Vila do Bispo Aljezur Equipa Coordenadora Regional de Faro EGA- CHUA Unidades de Faro e Portimão	1º Semestre de 2019	Sede da ECR Faro Sede da EGA: CHUA – Portimão CHUA Faro		Identificação do tipo de comunicação entre as ECCI's do ACES Barlavento e as Unidades Hospitalares do CHUA		

Fonte: Autores do Relatório

Objetivo operacional nº 2- Identificar as barreiras presentes na comunicação entre as Unidades Hospitalares e as ECCI's em contexto de urgência/agudização entre Outubro de 2018 até ao final do mês de Janeiro de 2019 (Quadro 9).

Os enfermeiros são “*elementos integrantes de uma equipa multidisciplinar, desenvolvem ações de complementaridade funcional em relação aos seus pares, contudo com intervenções autónomas e outras interdependentes, mas sem que individualmente, ou em conjunto, se desviem do seu objetivo – excelência do cuidar*” (Néné, Rosália & Batista, 2016, p.5)

Para Dias e Queirós (2010, p.3), integrar cuidados de saúde é um “processo que envolve a criação e a manutenção ao longo do tempo de uma estrutura comum entre parceiros, entre organizações, mas também dentro de cada organização, como propósito de coordenar interdependências, num âmbito de um projeto coletivo, o utente”.

Quadro 11: Definição e implementação das atividades para concretizar o objetivo nº 2

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação da atividade	Indicador de atividade	Meta
Realização de entrevistas semi-estruturadas à ECR Faro, EGA- CHUA Unidades de Faro e Portimão e	1 Enfermeiro – Estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública	2º Semestre de 2018	Sede da ECCI de: Lagoa Lagos Monchique Portimão Vila do Bispo Aljezur	Reuniões programadas para a realização de entrevistas semi-estruturadas gravadas	Realização efectiva das entrevistas semi-estruturadas	Taxa de entrevistas semi-estruturadas realizadas	Realização das entrevistas semi-estruturadas na totalidade 100%
Realização de entrevistas semi-estruturadas aos enfermeiros das ECCI's do Barlavento Algarvio	ECCI Lagoa Lagos Monchique Portimão Vila do Bispo Aljezur Equipa Coordenadora Regional de Faro EGA- CHUA Unidades de Faro e Portimão	1º Semestre de 2019	Sede da ECR Faro Sede da EGA: CHUA – Portimão CHUA Faro		Identificação das barreiras presentes na comunicação entre as ECCI's e as Unidades Hospitalares		

Fonte: Autores do Relatório

Objetivo operacional nº 3 - Identificar estratégias que facilitem a comunicação entre as Unidades Hospitalares e as ECCI's, em contexto de urgência/agudização entre Outubro de 2018 até ao final do mês de Janeiro de 2019 (Quadro 10).

Para Faustino, Moreira & Martinho (2002) a continuidade de cuidados deverá ter por base uma comunicação aberta e eficaz entre as diversas áreas de atuação, deste modo a implementação de sistemas de informação que permitam a troca de informação relevante e atempada constitui-se uma prioridade para que a continuidade dos cuidados seja alcançada.

Os diferentes níveis de resposta no sistema de saúde devem ser planeados de forma articulada, desde o início, através da partilha de informação, a fim de se garantir a sua continuidade nos cuidados integrados no domicílio (UMCCI, 2011).

Quadro 12: Definição e implementação das atividades para concretizar o objetivo nº 3

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação da atividade	Indicador de atividade	Meta
Realização de entrevistas semi-estruturadas à ECR Faro, EGA- CHUA Unidades de Faro e Portimão	1 Enfermeiro – Estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública	2º Semestre de 2018	Sede da ECCL de: Lagoa Lagos Monchique Portimão Vila do Bispo Aljezur	Reuniões programadas para a realização de entrevistas semi-estruturadas gravadas	Realização efectiva das entrevistas semi-estruturadas	Taxa de entrevistas semi-estruturadas realizadas	Realização das entrevistas semi-estruturadas na totalidade 100%
Realização de entrevistas semi-estruturadas aos enfermeiros das ECCL's do Barlavento Algarvio	Equipa Coordenadora Regional de Faro EGA- CHUA Unidades de Faro e Portimão	E 1º Semestre de 2019	Sede da ECR Faro Sede da EGA: CHUA – Portimão CHUA Faro		Identificação das estratégias facilitadoras na comunicação entre as ECCL e as Unidades Hospitalares		

Fonte: Autores do Relatório

Objetivo operacional nº 4- Elaborar um instrumento facilitador de transmissão de informação clínica do utente entre as duas unidades, entre Outubro de 2018 até ao final do mês de Janeiro de 2019 (Quadro 11).

Para Faustino et al. (2002) a continuidade de cuidados deverá ter por base uma comunicação aberta e eficaz entre as diversas áreas de atuação, deste modo a implementação de sistemas de informação que permitam a troca de informação relevante e atempada constitui-se uma prioridade para que a continuidade dos cuidados seja alcançada.

A transmissão de informação é indispensável para a qualidade dos cuidados, visto que *“(...) a informação é a fonte da vida da promoção da qualidade. Sem ela nada pode ser feito”* (Donabedian, 2003, p. 78). Assim sendo a ausência de informação de saúde no momento e local em que ela é necessária, na opinião dos prestadores de cuidados de saúde é tida como inexplicável.

Quadro 13: Definição e implementação das atividades para concretizar o objetivo nº 4

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação da atividade	Indicador da atividade	Meta
Elaboração de um Instrumento de Apoio nas ECCL's do ACES Barlavento Algarvio e EGAS do CHUA;	1 Enfermeiro – Estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública	2º Semestre de 2018	Sede da ECCL de: Lagoa Lagos Monchique Portimão Vila do Bispo Aljezur	Elaboração de instrumento de Apoio às ECCL's do ACES Barlavento Algarvio Unidades Hospitalares do CHUA	Implementação do apoio instrumento de apoio às ECCL's do ACES Barlavento Algarvio Unidades Hospitalares do CHUA	Taxa de adesão às sessões de apresentação do instrumento de apoio	Implementar o Instrumento de apoio nas ECCL's ACES Barlavento e as Unidades Hospitalares do CHUA 80%
Realização de sessões de apresentação do Instrumento de Apoio às ECCL's do ACES Barlavento Algarvio e EGAS do CHUA;	Enfermeiros da ECCL Lagoa Lagos Monchique Portimão Vila do Bispo Aljezur	1º Semestre de 2019	Sede da ECR Faro Sede da EGA: CHUA – Portimão CHUA Faro	Sessões de apresentação do instrumento de apoio aos enfermeiros das ECCL's do ACES Barlavento Algarvio, à EGA CHUA e ECR Faro			
Implementação do Instrumento de Apoio nas ECCL's do ACES Barlavento Algarvio e EGAS do CHUA;	Equipa Coordenadora Regional de Faro EGA- CHUA Unidades de Faro e Portimão						
Avaliação da implementação do instrumento de Apoio nas ECCL's do ACES Barlavento Algarvio e EGAS do CHUA;							

Fonte: Autores do Relatório

5.1 Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

Recursos humanos

A realização dos objetivos do presente trabalho contou com o envolvimento direto e indireto de diversos recursos humanos, dos quais se evidenciam com implicação direta na tomada de decisão e na concretização do Projeto, nomeadamente todos os profissionais das ECCL envolvidos.

O contacto com os respectivos profissionais obedeceu a uma rigorosa conduta profissional, ou seja, a um pedido formal para a autorização do projeto e por conseguinte ao agendamento de reuniões através de contato telefónico.

Recursos materiais

Os recursos materiais utilizados foram:

- Gravador MP3;
- Viatura automóvel da mestrandia;
- Computador;
- Serviço de Gráfica.

Análise da estratégia orçamental

O orçamento não pode estar separado da reflexão realizada sobre os recursos existentes na comunidade e nos serviços (Capucha, 2008). Desta forma o orçamento deverá permitir identificar os recursos financeiros a mobilizar, assim como contabilizar os custos dos meios existentes a serem usados na realização da intervenção (Capucha, 2008).

O presente projecto obteve a participação voluntária de todos os intervenientes. A tabela 10 apresenta uma estimativa dos custos do projecto.

Tabela 1: Orçamento para o projeto

Tipo de Recursos	Especificação	Valor
Recursos Humanos	Enfermagem	1205,00
Recursos Humanos: Entrevistados	Profissionais de Saúde	200,00
Recursos materiais: Despesas de transporte (combustível e portagens)	Deslocação da Mestranda	700,00
Recursos materiais: <i>Overhead</i>	Eletricidade, Telefone, Internet	100,00
Recursos materiais: Material de Consumo	- 1 tinteiro	60,00
	para impressora	40,00
	- Fotocópias	30,00
	- Impressão do Livro	
Custo Total		2335,00

Fonte: Autores do Relatório

Cumprimento do cronograma

Para Imperatori e Giraldes (1993) um cronograma é uma representação gráfica onde se exhibe o tempo e as atividades que constituem o projeto.

O cronograma é um elemento de um modelo lógico de intervenção comunitária, o qual deve considerar o período total de tempo em que se pretende que o programa decorra. Durante esse período temporal e de modo coerente e articulado, calendarizam-se as atividades, programam-se e executam-se (Carvalhosa, Domingos e Sequeira, 2010).

O diagnóstico de situação decorreu durante o 2º semestre do 1º ano do II Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto Politécnico de Setúbal, tendo sido realizadas as entrevistas aos profissionais de saúde da ECCL onde se realizou o Estágio.

Pode-se concluir que o cronograma (Apêndice 4) não foi cumprido na totalidade uma vez que ficaram por realizar as sessões de apresentação do Instrumento de Apoio às ECCL's do ACES Barlavento Algarvio e EGAS do CHUA, por implementar o Instrumento de Apoio nas ECCL's do ACES Barlavento Algarvio e EGAS do CHUA e por avaliar essa mesma implementação. No entanto no dia 20 de Março de 2019, o instrumento de Apoio às ECCL's do ACES Barlavento Algarvio e EGAS do CHUA, cujo nome atribuído foi o "LIVRO DO UTENTE" (Apêndice 5) foi apresentado pela enfermeira que ficou responsável pela continuidade do projeto à ARS Algarve, a qual demonstrou vontade em o empregar nas suas ECCL's, de momento encontra-se a aguardar aprovação por parte da Comissão Nacional da Rede de Cuidados Continuados para esse efeito.

Atividades secundárias ao projeto

A Unidade Curricular Estágio Final de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, determina a elaboração de um artigo científico, como tal foi elaborado o artigo científico "Comunicação em Enfermagem – Importância na continuidade de cuidados", (Apêndice 6). A realização do mesmo teve como objetivos: realçar a importância da comunicação em Enfermagem na continuidade de cuidados e identificar as consequências de uma inadequada comunicação em Enfermagem na continuidade de cuidados de saúde. Para a concretização do

respetivo artigo foi elaborada uma pesquisa bibliográfica e revisão integrativa da literatura de artigos datados entre 2012-2018.

Follow up do projeto

O follow up do projeto considerou os recursos disponíveis, tal como os custos anteriormente considerados na análise orçamental inicial.

6. PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação “serve de base no processo de planeamento e de decisão, permite os ajustes táticos necessários ao alcance dos objetivos estabelecidos, possibilita igualmente a expansão do projeto, mudança dos objetivos inicialmente desenhados ou mesmo a sua total interrupção” (Campos, Faria e Santos, 2012, p.87).

6.1 Avaliação dos Objetivos

Objetivo operacional 1 - Identificar o fluxo de comunicação entre as unidades hospitalares e as ECCL's em contexto de urgência/agudização entre Outubro de 2018 até ao final do mês de Janeiro de 2019.

Pode-se afirmar que as intervenções definidas inicialmente permitiram para alcançar com sucesso o objetivo 1, sem ser necessário proceder à alteração das mesmas. A Realização de entrevistas semi-estruturadas à ECR Faro e EGA- CHUA Unidades de Faro e Portimão e às ECCL's do Barlavento Algarvio, teve uma taxa de 100% de adesão, permitindo assim identificar o fluxo de comunicação entre as ECCL's do ACES Barlavento e as Unidades Hospitalares do CHUA em contexto de urgência/agudização.

Objetivo operacional 2 - Identificar as barreiras presentes na comunicação entre a ECCL e as unidades hospitalares em contexto de agudização/urgência de Outubro de 2018 até ao final do mês de Janeiro de 2019.

As intervenções definidas permitiram para alcançar com sucesso o objetivo 2, sem ser necessário proceder à alteração das mesmas. A Realização de entrevistas semi-estruturadas à ECR Faro e EGA- CHUA Unidades de Faro e Portimão e às ECCL's do Barlavento Algarvio, teve uma taxa de 100% de adesão, permitindo assim identificar as barreiras presentes na comunicação entre a ECCL e as Unidades Hospitalares em contexto de urgência/agudização.

Objetivo operacional 3 - Identificar estratégias que facilitem a comunicação entre as ECCL's e as Unidades Hospitalares em contexto de agudização/urgência durante o período de entre Outubro de 2018 até ao final do mês de Janeiro de 2019.

As intervenções delineadas permitiram alcançar com sucesso o objetivo 3, sem ser necessário proceder à sua reformulação. A Realização de entrevistas semi-estruturadas à ECR Faro e EGA- CHUA Unidades de Faro e Portimão e às ECCL's do Barlavento Algarvio, teve uma taxa de 100% de adesão, possibilitando reconhecer quais as estratégias mais adequadas a adaptar para superar as situações identificadas relativamente às barreiras presentes na comunicação entre as ECCL's e as Unidades Hospitalares em contexto de urgência/agudização.

Objetivo operacional 4 - Elaborar um instrumento facilitador de transmissão de informação clínica do utente entre as duas unidades.

Este último objetivo não foi atingindo na sua totalidade, uma vez que das quatro intervenções delineadas inicialmente apenas foi possível realizar a primeira, a elaboração de um instrumento de Apoio nas ECCL's do ACES Barlavento Algarvio e EGAS do CHUA, o qual foi denominado de – “Livro do Utente” (Apêndice 4). As restantes intervenções delineadas, são adequadas à concretização deste objetivo, mas devido à falta de tempo e por questões burocráticas não foi possível a realização de sessões de apresentação do Instrumento de Apoio às ECCL's do ACES Barlavento Algarvio e EGAS do CHUA, assim como a sua implementação e por conseguinte a avaliação da sua implementação. No entanto no dia 20 de Fevereiro de 2019, este instrumento de Apoio foi apresentado pela enfermeira que ficou responsável pela continuidade do projeto à ARS Algarve, a qual demonstrou vontade em o empregar nas suas ECCL's, de momento encontra-se a aguardar aprovação por parte da Comissão Nacional da Rede de Cuidados Continuados para esse efeito.

III – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA

A realização do presente trabalho '*Continuidade de Cuidados: Comunicação entre Unidades Hospitalares e ECCL. Que realidade?* ', tem por intuito o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, expressas em diário da República no Regulamento n.º 428/2018, artigo 2º para a obtenção do grau de mestre de acordo com o capítulo III, Artigo 15º. Do Decreto-Lei n.º 63/2016 exibido em diário da República.

1.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o regulamento n.º. 140/2019, artigo 3 menciona que o Artigo 3º. do Regulamento n.º 140/2019 faz a distinção entre competências comuns e competências específicas, sendo que a alínea a) menciona que as ' Competências comuns ' dos profissionais de enfermagem são todas as competências que independentemente da sua especialidade, são compartilhadas pelos enfermeiros especialistas, evidenciadas segundo a sua aptidão de conceção, gestão e supervisão de cuidados de acordo com o desempenho profissional específico no âmbito da formação, investigação e assessoria; por sua vez a alínea b) do artigo supracitado, define ' Competências específicas ', como as competências que provêm das respostas humanas aos modos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção determinado para cada área de especialidade, evidenciadas com base num elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Para se atingir com sucesso as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública é necessário alcançar em primeiro lugar no exercício do seu desempenho as competências comuns de enfermeiro especialista. Assim sendo defende-se que:

1- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Artigo 5º.)

‘ Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. ’

Actualmente em Portugal, devido ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de natalidade, assistimos a um maior envelhecimento da população e por conseguinte a um maior número de indivíduos com graus de dependência e aumento de comorbilidades, sendo deste modo necessário apostar no desenvolvimento/manutenção de estratégias que permitam facilitar a resposta às necessidades de saúde apresentadas por estes indivíduos. Tendo sido isso o que sucedeu durante a realização do ensino clínico I e do estágio Final.

Adoptando os enquadramentos legais exigidos, as autorizações provenientes do ACES Barlavento Algarvio, Comissão de Ética da ARS Algarve e Comissão de Ética do CHUA, para realização do diagnóstico de situação, do estágio final. Para tal foi necessária a manutenção da confidencialidade e anonimato na recolha e tratamento dos dados.

Este estágio levou a que refletíssemos sobre a importância, que a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde adopta no exercício da nossa prática diária, de forma a escutar e a satisfazer as necessidades sentidas pelo indivíduo e familiares no meio em que se encontra/m inserido/s, logo pensamos ter atingido competências no domínio referido.

2- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (Artigo 6º)

‘ Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; Garante um ambiente terapêutico e seguro. ’

Nesta competência a destacar a metodologia de trabalho usada pela equipa da UCC onde foram desenvolvidos os estágios, tem como linha orientadora o desenvolvimento de diversos programas de intervenção comunitárias, nas mais diferentes áreas, como a saúde

escolar, a comissão de Proteção de Jovens em Risco, o cantinho da amamentação, a monitorização da ECCL. Estes programas apresentam metas e indicadores previamente determinados a nível nacional, os quais posteriormente exigem a sua avaliação, e redefinição de estratégias de atuação se necessário.

A participação e observação nestes programas de intervenção comunitária, assim como as reuniões com a Enfermeira Supervisora dos estágios e os profissionais que permitiram a recolha de informação, uma vez que nos permitiu adquirir conhecimento sobre as dificuldades sentidas pelos mesmos na continuidade da prestação de cuidados, foram responsáveis pelo desenvolvimento da respectiva competência.

As ações e as atividades de educação para a saúde efetuadas aos utentes e seus familiares foram realizadas de acordo com o ambiente em que cada programa se encontra inserido, seja ele, nas instalações da UCC ou domicílio dos utentes.

Assim sendo pode-se dizer que esta competência foi adquirida.

3 – Competências do domínio da gestão dos cuidados (Artigo 7º.)

‘ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. ’

Para uma eficaz gestão dos cuidados, é fundamental desenvolver um misto específico de competências e aptidões, o que implica deter conhecimentos em diferentes áreas. Um líder não tem apenas a função de administrar recursos humanos e materiais, um líder tem o dever de informar, ouvir, educar, colaborar, promover, delegar e defender os seus colaboradores.

A comunicação entre a equipa, e desta com outros profissionais de saúde, com os utentes e familiares é permitiu identificar a realidade vivida pelos mesmos no que concerne à promoção da continuidade de cuidados de saúde no seu domicílio, sendo esta essencial na gestão dos diferentes papéis, recursos e conflitos.

A observação do desempenho das funções da Enfermeira Supervisora durante o ensino clínico, o estabelecimento de uma relação empática entre colegas, utentes e familiares permitiram adquirir e desenvolver as competências referidas no Artigo 7º

4 – Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

‘ Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. ’

A presente competência foi adquirida com sucesso, com base no processo de consolidação e aquisição de novos saberes, quer através da pesquisa bibliográfica, quer através da partilha e discussão de informações com a Enfermeira Supervisora dos estágios, Professora Docente e colegas profissionais de saúde.

Com base nos princípios éticos e legais que regularizam a profissão de enfermagem, através métodos científicos eficientes, metodologia do planeamento em saúde, foi efetuada uma revisão integrativa da literatura (Apêndice 6), sobre a temática a importância da comunicação na prestação de cuidados, tendo contribuído como apoio teórico ao relatório de estágio.

1.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

O artigo 4º. do Regulamento n.º 140/2019 decreta que as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária — Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, são as seguintes:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

A elaboração do presente trabalho teve por base a metodologia do Planeamento em Saúde, o que deste modo permitiu aprofundar conhecimentos sobre esta metodologia. Assim sendo, com base nas unidades de competência estabelecidas: ‘ elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade; ’ qual foi cumprida no primeiro Estágio de Enfermagem

Comunitária e de Saúde Pública II inserido no 2º ano, 1º semestre do II Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública; ‘ Estabelecimento de prioridades em saúde de uma comunidade’ identificação da necessidade de promover a continuidade de cuidados de saúde no domicílio dos utentes internados nas ECCL’s do Barlavento Algarvio; ‘ Formulação de objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas ’ quando se estabeleceram os objetivos a alcançar e por conseguinte as intervenções para atingir os mesmos; ‘ Estabelecimento de projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados ’ a realização de um documento que facilita-se a troca de informação clínica entre os profissionais de saúde das ECCL’s e das unidades hospitalares – Livro do Utente; ‘ Avaliação de projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados ’ esta última unidade de competência é que não foi possível desenvolver nomeadamente por falta de tempo. Uma vez que se atingiu a maioria das unidades de competência, julgamos poder considerar que a primeira competência específica ao exercício de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária — Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública mencionada no artigo 4º. do Regulamento n.º 140/2019 foi atingida com sucesso.

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

A promoção e a capacitação das ECCL’s e as Unidades Hospitalares, para o despertar da importância da comunicação entre ambas as unidades de saúde tiveram como finalidade a criação de um instrumento facilitador de transmissão de informação clínica dos utentes inseridos na rede CCI receptores dos cuidados de saúde prestados pelas ECCL’s. Logo as Unidades de Competência ‘ Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania; ’ ‘ Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas; ’ e ‘ Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade. ’ Referentes à segunda competência específica, também foram alcançadas.

c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

A integração e continuidade dos cuidados prestados aos cidadãos apresenta-se como um dos princípios do Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020 (Ministério da Saúde,

2015). Ainda de acordo com a Revisão e Extensão anteriormente referida (Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020), no que respeita ao eixo estratégico, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, o Plano Nacional de Saúde, propõe o: “ *reforço da governação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), hospitalares e continuados, de modo a que a tomada de decisão seja adequada, efetiva e monitorizada e que o cidadão aceda de modo mais rápido aos cuidados de que necessita*” (Ministério da Saúde, 2015, p.15). A elaboração de um instrumento facilitador de transmissão de informação clínica do utente entre as ECCL's e as Unidades Hospitalares vai de encontro ao que é exigido na Unidade de competência 'Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde '. Assim conclui-se que a terceira competência específica foi adquirida.

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

O envelhecimento da população é deste modo um dos problemas reais do concelho onde se desenvolveram os estágios, o que leva a consequentes problemas de dependência e maior necessidade quer de cuidados de saúde quer de âmbito social. Neste concelho residem 23% de idosos (cerca de 8343), o Índice de Envelhecimento é superior ao Índice do País (127), o que requer a presença de equipas de cuidados domiciliários integrados para que possam dar a essa população mais idosa o que ela necessita em termos de cuidados de saúde de acordo com os objetivos da respectiva equipa CCI. Desta forma e de acordo com a Unidade de Competência 'Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde -doença que ocorrem numa determinada área geodemografia ' a quarta e última competência específica foi assim também ela atingida com sucesso.

1.3 Competências de Mestre

O Decreto-Lei Nº 63/2016 de 13 de setembro, capítulo III, Artigo 15º, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, decreta que para o Grau de Mestre, ser conferido numa determinada área especializada, o mestrando necessita deter e saber aplicar um elevado nível de conhecimentos e de capacidade de compreensão, na solução de novos problemas e situações não familiares; possuir capacidade de integrar conhecimentos, trabalhar com questões complexas; Incrementar soluções ou proferir juízos em situações cuja informação seja limitada

ou incompleta, compreendendo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que derivem dessas mesmas soluções, juízos ou que os condicionem; possuir a capacidade de comunicar de uma forma clara e sem ambiguidades as suas conclusões, conhecimentos e/ ou raciocínios a elas subjacentes e por fim ser detentor de competências que lhe possibilitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Deste modo pode-se afirmar que todas as atividades e estratégias desenvolvidas ao longo desta jornada, foram direcionadas para a aquisição das competências de Mestre, de acordo com o definido para o atual curso de mestrado em enfermagem:

- ✓ Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- ✓ Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- ✓ Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomadas de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- ✓ Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- ✓ Participa de forma proativa em equipas e em projetos em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- ✓ Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- ✓ Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento do envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas incapacitantes, levam a uma maior dependência na satisfação das necessidades de vida diárias, assim como também a um aumento das comorbilidades, o que posteriormente resulta em internamentos hospitalares. Uma adequada comunicação entre a ECCL e as unidades hospitalares, levam a que por vezes esses internamentos se possam evitar e/ou diminuir a sua duração, assim como diminuir o número de reinternamentos e admissões nas urgências e redução dos custos hospitalares melhorando os níveis de acesso, eficiência e efetividade dos cuidados prestados. Uma vez que a população do Barlavento Algarvio apresenta uma elevada taxa de envelhecimento, tendo por base a percepção dos profissionais das ECCL's, EGAs e ECR distrital, considerou-se pertinente promover a continuidade de cuidados de saúde no domicílio dos utentes internados nas ECCL's e definir estratégias de comunicação entre as ECCL's do ACES Barlavento e Unidades Hospitalares.

A colaboração, a comunicação e a articulação, são fundamentais entre os profissionais de saúde, logo compreendem a participação de todos os envolvidos, possibilitando assim a continuidade de cuidados de saúde.

A partilha de informação clínica funciona como meio de suporte à prestação de cuidados, uma vez que permite a oportunidade de troca de informação entre os profissionais de diferentes níveis de prestação de cuidados, principalmente dos cuidados de saúde primários e hospitalares.

Apesar de estarmos na 'era da tecnologia' infelizmente ainda se assiste a incompatibilidades de sistemas informáticos no que respeita à transmissão/acesso de informação clínica entre Instituições de Saúde e falamos em Instituições de Saúde no sector público, como tal existe a necessidade de recorrer ao suporte de papel de forma a superar este tipo de incompatibilidades. Este trabalho pode-se alargar a outras zonas do país, uma vez que os serviços de urgência dos hospitais públicos utilizam o programa informático Alert e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados o Gestcare CCI.

De um modo geral foram alcançados os objetivos inicialmente traçados, à exceção da implementação do instrumento facilitador da transmissão de informação clínica entre as unidades de saúde referidas ao longo ao trabalho. O respetivo instrumento, foi elaborado, mas devido à demora da obtenção do parecer positivo por parte da Comissão de Ética da ARS Algarve, (único aspeto dificultador) não foi possível implementar e avaliar o impacto da sua utilização.

Como aspectos facilitadores há a referir a disponibilidade de todos os envolvidos que contribuíram para a realização do presente projeto.

A utilização da metodologia do planeamento em saúde, permitiu que as decisões e as ações tomadas fossem fundamentadas com base evidência científica, o que levou à aquisição de competências na prestação, gestão e supervisão dos cuidados na área da enfermagem comunitária e de saúde pública.

Quer o Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, quer o Estágio Final, foram realizados com base no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista, do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, assim como no regulamento com vista à obtenção do grau de mestre.

V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2015). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2014*. Lisboa.

Aires, L. (2010). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.

American Psychological Association. *Publication Manual of the American Psychological Association (6th ed.)*. Washiton, DC: Author; 2016

Augusto, B.M.J., et al . (2002). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*, 1^{ed}. Coimbra: Formassau.

Azevedo, P. (2010). *Partilha de informação de enfermagem sobre os prestadores de cuidados: Dimensão relevante para a transição de cuidados*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.

Batista, N. (2012). *Dificuldades do cuidador formal de pessoas idosas dependentes no domicílio*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Barra, D. C. C. & Sasso, G. T. M. D. (2011). Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, 64(6):1141--1149.

Bisacaia, A., Nunes, M. J., Carreira, M.F., Fronteira, G. I., Antunes, A.R., Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos sucessos*. (2^a ed.). Lisboa, Portugal: Padrões Culturais Editora

Bonardi, G., Souza, V.B.A., Moraes, J.F.D. (2007). Incapacidade funcional e idosos: Um desafio para os profissionais de saúde. *Sociedade Médica*, 17(3),138-44.

Brás, C. & Ferreira, M. (2016). *A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura*. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 572–577. Acedido a 6/10/2018, em <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/viewFile/796/782>

Cabral, N.C., Amador, O. M., Martins, G.O. (2010). *Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente?*, Almedina, Coimbra

Cainé, J. (2005). *O Mal do coração: A experiência do enfarte e o regresso a casa*. *Revista Sinais Vitais*. Nº60, p.37-42

Costa, A. (2010). *Três anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde.

Campos, F.C.C. , Faria, H.P. & Santos, M.A. (2012). *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 3ª edição, Belo Horizonte. Acedido a 6/10/2018, em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>

Capucha, L., M., A. (2008). *Planeamento e Avaliação de Projetos: Guião Prático*. Lisboa: DGIDC.

Care4IT Solution, (2018). Acedido a 5/10/2018 em <https://www.care4it.pt/pt/cuidados-continuados-integrados>

Carvalhosa, S. F., Domingos, A. & Sequeira, C. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária. *Gerações. Análise psicológica* Nº3 (XXVIII), 479-490. Acedido a 6/10/2018, em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/319/pdf>

Cavaco, V. & Pontífice-Sousa, P. (2014). *Passagem de Turno em Enfermagem: uma reflexão*. *Sinais Vitais*, 13–18. Acedido a 6/1/2019, em https://www.academia.edu/10982065/PASSAGEM_DE_TURNO_EM_ENFERMAGEM_uma_reflexão

Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2017). *ORIENTAÇÃO TÉCNICA Nº 2/CNCRNCCI/2017*

Costa, A. (2010). *Três anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde.

Costa-Font, J. R. Wittenberg, C. Patxot, A. Comas-Herrera, C. Gori, A. Maio, L. Pickard, A. Pozzi, H. Rothgang. (2008). Projection long-term care expenditure in four european union member states: the influence of demographic scenarios. *Social Indicators Research*, 86(2). 303-321

Cunha, E.M., Giovanella L. (2011). Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*; 16(Supl. 1),1029-1042.

Dias, A., Queirós, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011- 2016: Estudo “Integração e continuidade de Cuidados”*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Direção Geral de Saúde. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Acedido a 5/10/2018 em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido a 5/10/2018 em http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_verseauresumo_maio20133.pdf

Direção Geral de Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Anexo III - Anexo ao Roteiro de Intervenção em Articulação e Continuidade de Cuidados*. Acedido a 5/10/2018 em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_1_Anexo-III-Articulacao-e-continuidade-selecao-Grupos-tecnicos-Estudos.pdf

Direção Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Acedido a 5/10/2018 em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*. Oxford: University Press.

Duarte, S.F.C. (2010). *Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro* [tese]. Lisboa: ESEL

Escoval, A.; Lívio, A. ; Ribeiro, R. (2011). *Contratualização em Cuidados Integrados*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

Farias, N.; Buchalla, C. (2005). *A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas*. Revista Brasileira Epidemiol, 8, 2, pp. 187-193.

Faustino, A. M., Moreira, A. M., & Martinho, C. (2002). A hospitalização do idoso: uma abordagem focalizada nos aspectos preventivos. *Revista Servir*, 50(5):236--240.

Fernandes, R.; et al. (2010). *Home-Based Palliative Care Services for Underserved Populations*, Journal of Palliative Medicine. Vol. 13(4)

Fialho, F. et al (2004). *Análise de Conteúdo: uma técnica protagonista na abordagem em Enfermagem*. Servir. Lisboa

Figueiredo, D.(2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi

Figueiroa-Rego, S. (2003). *"Século XXI: Novas E Velhas Problemáticas Em Enfermagem: Sistemas De Informação E Documentação Em Enfermagem E Modelos De Cuidados Em Uso"*. Pensar Enfermagem. Lisboa,7 (2).34-47.

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de investigação: Da concepção à realização*. 2ª Edição. (pp. 114). Loures: Lusociência

Häyrynen, K., Lammintakanen, J., & Saranto, K. (2010). Evaluation of eletronic nursing documentation - nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*, 79(8):554--564.

Instituto Nacional de Estatística (INE), – Censos 2011. Lisboa,

Acedido a 10/10/2018, Disponível em:

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicadores

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2014). *Projeções de população residente em Portugal: 2012 - 2060*. Lisboa

Acedido a 18/6/2018 Disponível em:

<http://sociologia.davidjustino.com/wpcontent/uploads/2014/10/28ProjPopResidPortugal2012-2060.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Lisboa

Acedido a 18/6/2018 Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 3ª Edição.

Jesus, E. H. (2006). Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Ltda.

Jesus, E. H. & Sousa, P. A. F. (2011). *Sistemas de Informação e profissionais de saúde - visão dos enfermeiros*. Lisboa: Sílabo.

Lage, I. (2005). Saúde do idoso. Aproximação do seu estado de saúde. *Nursing*, 95, 6-12.

Lakatos, E., M. Marconi., M. A. (2007). *Metodologia do trabalho científico: Procedimentos básicos*, pesquisa bibliográfica, projecto e relatório. Publicações e trabalhos científicos. 7. ed. São Paulo: Atlas.

Leal, T. (2006). *A CIPE e a Visibilidade em Enfermagem: Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência

Lopes, M. J., Pereira, C. S. M., Fonseca, C. J. V. (2017). *Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para idosos*. Ministério da Saúde

Louro, M. C.C.M. (2009). *Cuidados continuados no domicílio*. (Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciência Biomédicas, Abel Salazar Porto).

Mota, L. A. (2010). Sistemas de informação em enfermagem: Um estudo sobre a relevância da informação para os médicos. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto

Mota, L.N., Pereira, F.S., Sousa, P.F. (2014). Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1),85-91.

Miguel, L. S. & Brito de Sá, A., (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Município de Silves. (2016). *Diagnóstico Social*. Silves

Murakami, Y.; Colombo, F. (2013). *Measuring Quality in Long-Term Care*. In OCDE/COMISSÃO EUROPEIA – *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. União Europeia: OECD Health Policy Studies.

Nazareth, J. (2009). *Crescer e envelhecer - Constrangimentos e Oportunidades do Envelhecimento Demográfico*. Editorial Presença. Lisboa.

Néné, M., Rosália, M., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., Santos, C., Marquês, L., Barbosa, M. & Ramos, V. (2012). *Interligação e integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares*. Lisboa. Ministério da Saúde.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2012). *Crise e Saúde: um país em sofrimento*. Relatório de Primavera 2012. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2014). *Saúde – Síndrome de negação*. Relatório de Primavera 2014. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde – Um direito em risco?*. Relatório de Primavera 2015. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). *Meio Caminho Andado*. Relatório de Primavera 2018. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Oliveira, F.J.A., & Berger, C. B. (1996). *Visitas domiciliárias em atenção primária à saúde: Equidade e qualidade dos serviços. Mom. & Perspec. Saúde*. Porto Alegre, 9 (2), 69-74..

Oliveira, A., Queirós, C., & Guerra, P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoiética: Do caos à autopoiése. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 181-196.

Oliveira, C. R. de, Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A. S., Moraes, A., & Veríssimo, M. T. (2010). *Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa (Alto Comissariado da Saúde.)*.

OMS - Organização Mundial de Saúde. (1979). *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. UNICEF. Brasil

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico. Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro

Paschoal, S. M. P. (2007). Autonomia e independência. In M. P. Netto (org.). *Tratado de gerontologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu.

Paúl, C., Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C., Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia - Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.

Pimentel, L. (2001). *O Lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto Ed.

Kawamoto, E.E., Santos, M.C., Mattos, T.M. (2009). *Enfermagem comunitária*. São Paulo: EPU. (2ª ed.).

Queirós, A. A. (2003). *Projecto e Relatório de estágio – Alguns Aspectos Orientadores*

Randmaa, M.; Mårtensson, G.; Leo Swenne, C. & Engström, M. (2014). *SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study*. BMJ

Ribeiro, J.L.P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3.ª ed.). Porto: Legis/Livpsic.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idoso com Dependência Física e Mental*. Lousã: Lidel.

Simões, J.; Dias, A. (2010). *Gestão da Saúde e da Despesa Pública. - A Reforma do Setor da Saúde: Uma Realidade Iminente*. Coimbra: Almedina.

Sousa, P., Frade, M., Mendonça, D. (2005). Um Modelo de Organização e Partilha de informação de enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde: estudo Delphi. *Acta Paul Enfermagem*, 18(4),368-81

Sousa, P. A. F. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde: um modelo explicativo*, Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda

Sousa, P. A. F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul. Enferm.*, 22.884-894.

Streubert, H.; Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 2ªed., Lusociência. Loures.

Tavares, M. C. (2008). *Gestão Estratégica*, Atlas. São Paulo.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tranquada, M. (2013). *A Comunicação Durante a Transição Das Equipas de Enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. ISCTE Business School - Instituto Universitário de Lisboa. Obtido de <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/TESE - COMUNICAÇÃO NAS PASSAGENS DE TURNO.pdf>

Unidade de Cuidados na Comunidade, Rio Arade. (2017) *Relatório de Actividades*. Silves

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados. (2006). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI)*. Lisboa: RNCCI.

Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Orientações para a sua Constituição nos Centros de Saúde (RNCCI)*. Lisboa: RNCCI.

Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007), *Cuidados Integrados nos CSP- Carteira de Serviços (RNCCI)*. Lisboa: RNCCI.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados. (2008). Diretiva Técnica nº 5/UMCCI/2008 de 7 de Janeiro

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009a). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI)*. Lisboa: RNCCI

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009b). *Glossário Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social. Lisboa: RNCCI.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do Prestador: Recomendações para a melhoria contínua (RNCCI)*. Lisboa: RNCCI.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2012). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º semestre de 2012 (RNCCI)*. Lisboa: RNCCI.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados. (2013). *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados- Conclusões*. Portugal: Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social. Lisboa: RNCC

Documentos Legislativos

Decreto-Lei n.º 413/71 D.R. 1ª série (27/9/1971)

Decreto - Lei n.º 48/90 D.R. 1ª série (24/8/1990) direito, nº3

Decreto - Lei n.º 437/1991. D.R. 1ª série (8/11/1991)

Decreto-Lei n.º 101/2006. D.R. 1ª série (06/06/2006)

Decreto-Lei n.º 28/2008. D.R. 1ª série (22/02/2008)

Decreto-Lei n.º 136/2015. D.R. 1ª série (28/07/2015)

Decreto-Lei n.º 63/2016 D. R., 1.ª série — N.º 176 (13/9/2016)

Despacho Conjunto n.º 19 040/2006, 19 de Setembro

Portaria 50/2017, nº 24 D. R. 1.ª série (2/2/2017)

Regulamento n.º 428/2018 Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018

Regulamento n.º 140/2019 Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019

VI – ANEXOS

Anexo I

Autorização à direcção do ACES Barlavento

From: [redacted]
Sent: Monday, November 12, 2018 16:05
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Subject: Re: Pedido de Estágio Final _Mestrado em Enfermagem _EnfermagemComunitária e Saúde Pública_2017_2018

Exma Senhora
Diretora Executiva do ACES Barlavento
Dra [redacted]

De acordo com o solicitado, devo referir que a realização do referido estudo tem parecer positivo.

Com os melhores cumprimentos,

[redacted]
Enfermeiro
Vogal do Conselho Clínico e de Saúde
Agrupamento de Centros de Saúde Algarve II - Barlavento
Ministério da Saúde - Administração Regional de Saúde do Algarve, IP
Tel. 927519198 / 969097700



Anexo II

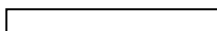
Autorização à Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de
Administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Sr.ª Enf.ª Filipa Alexandra Domingos Justo, mestranda,

O CFIC-NFIE vem informá-la que a sua proposta de investigação no âmbito do curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública pelo Instituto Politécnico de Setúbal intitulada *Continuidade de Cuidados: Comunicação entre as Unidades Hospitalares e a ECCL. Que realidade?* Foi autorizada pelo Conselho de Administração do CHUA a 06-12-2018.

Desta forma pode iniciar a sua investigação tal como proposto em projecto, devendo informar-nos quando der por concluída a sua investigação. Obrigado.

Com os melhores cumprimentos,



Enfermeiro | **CFIC – Núcleo de Formação e Investigação de Enfermagem(NFIE)** | Unidade de Faro do **CHUA**, EPE;
289001900 | Extensão Interna.: 11534.
morao@ch Algarve.min-saude.pt



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve

Anexo III

Autorização à Comissão de Ética da ARS Algarve



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exma. Senhora
Dr.ª Filipa Justo
filipa_justo@hotmail.com

110314 002310

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		Nº: CES 02/2019 PROC. Nº: #24/2018	07/03/2019

ASSUNTO: Parecer da CES da ARS Algarve sobre pedido n.º 24/2018 - "Continuidade de Cuidados- Comunicação entre Unidades Hospitalares e ECCL. Que Realidade"
Requerentes: Filipa Justo

Serve o presente para informar V. Exa. que o projeto em questão mereceu parecer Positivo por parte da CES da ARS Algarve na sua reunião de 19 de fevereiro de 2019, e autorização do Conselho Diretivo em reunião de 27/02/2019 de 2019.

Solicita-se igualmente que, ao abrigo do disposto no n.º 23º da atual Declaração de Helsínquia, dê conhecimento à CES da ARS Algarve, I.P., de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes, bem como do relatório final com as conclusões do estudo.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,



E.N. 125 Sítio das Figuras, Lote 1, 2.º andar, 8005-145 Faro
Telf: 289889900 - Fax: 289807405
email: cef@arsalgarve.min-saude.pt - arsa@arsalgarve.min-saude.pt

1/1

VII – APÊNDICES

APÊNDICE I

(Guião da Entrevista semi-estruturada)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Instituto Politécnico de Setúbal

II Curso de Mestrado Em Associação de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Projecto de Estágio: ***“Continuidade de Cuidados: Comunicação entre Unidades Hospitalares e ECCL. Que realidade?”***,

Mestranda: Filipa Justo

Professora orientadora: Ana Canhestro

Entrevista – Guião ECCL

1- Sexo: M ☐ F ☐

2- Idade: anos

3- Grupo profissional

4- Habilitações profissionais: Licenciatura Bacharelato Especialidade

5- Há quanto tempo se encontra a exercer a sua actual actividade? anos

6- Para si, qual a missão e objetivos da EGA?

7- Para si, qual a missão e objetivos da ECCL?

8- Como caracteriza a avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais do doente aquando da alta hospitalar em contexto de urgência/agudização?

9- Como caracteriza o fluxo de comunicação entre a ECCL e as entidades hospitalares em contexto de urgência/agudização?

10- No seu entender em contexto de urgência/agudização que barreiras existem na comunicação entre a ECCL e as unidades hospitalares e vice-versa?

11- Que estratégias sugere para superar as situações identificadas relativamente à comunicação?

12- No seu entender, quais são os principais resultados para os utentes de uma comunicação/articulação adequada entre a ECCL e as Unidades Hospitalares?

APÊNDICE II

(Consentimento Informado – Profissionais ECCL's e ECR)

APÊNDICE III

(Consentimento Informado – Profissionais EGA - CHUA)

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

O presente documento apresenta-se com o intuito de a garantir que participa no Projeto de Intervenção “*Continuidade dos cuidados: Comunicação entre as unidades hospitalares e a ECCI. Que realidade?*”, após ter sido devidamente informado/a e esclarecido/a acerca das condições da sua participação.

O projeto realiza-se no âmbito do II Curso de Mestrado Em Associação de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Politécnico de Setúbal, o mesmo encontra-se a ser desenvolvido na, UCC XXXXXX e sob a orientação da Sra. Prof. Doutora XXXXXXX.

A finalidade deste projeto é incrementar a continuidade de cuidados de saúde no domicílio dos utentes internados nas ECCI's. Como objectivo geral foi delineado: Caracterizar a comunicação entre as unidades hospitalares e as ECCI's, sendo os objetivos específicos estabelecidos: Identificar o fluxo de comunicação entre as ECCI's do ACES Barlavento e as Unidades Hospitalares do CHUA; Identificar as barreiras presentes na comunicação entre a ECCI e as Unidades Hospitalares; Identificar estratégias que facilitem a comunicação entre as ECCI's e as Unidades Hospitalares; Contribuir para a elaboração de um instrumento facilitador de transmissão de informação clínica do utente entre as duas unidades.

Pretende-se com este projeto, através da realização de entrevistas, desenvolver o desenho de uma estratégia sustentada que promova a continuidade de cuidados no que diz respeito à comunicação entre as ECCI's do Agrupamento dos Centros de Saúde Barlavento Algarvio e as Unidades Hospitalares do CHUA, através da contribuição para elaboração e implementação um instrumento facilitador de transmissão de informação clínica do utente entre as duas unidades.

A sua participação no estudo foi definida de forma intencional, uma vez que apresenta um conhecimento mais profundo do problema a estudar, a mesma não representa qualquer risco de penalização para si. A colheita de dados será realizada através de uma entrevista gravada, que será conduzida pela mestranda, Filipa Justo e terá a duração estimada de aproximadamente 40 minutos, na sala de reuniões do seu local de trabalho. Para facilitar a recolha e a análise da informação, pede-se à sua

autorização para proceder à gravação da entrevista. A destruição da gravação será efetuada num prazo de 90 dias após a data da sua apresentação/ publicação dos resultados obtidos no estudo.

A informação recolhida é confidencial e será tratada e conservada de forma anónima. Os resultados apenas serão divulgados em contexto científico (em apresentações ou publicações), sem nunca revelar/divulgar a sua identidade. A realização da entrevista será realizada numa sala à porta fechada, onde apenas se encontraram o investigador e o participante.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá sempre contactar a investigadora:

Filipa Justo

Enfermeira no serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Contacto telefónico:

Endereço Electrónico:

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima referida. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora

Data: ____/____/____

O/a participante: _____

A mestrandia: _____

Agradeço a sua participação.

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.**

APÊNDICE IV

Cronograma de Atividades

ATIVIDADES/INTERVENÇÕES PLANEADAS	2018/2019																											
	2º Trimestre (1º Estágio)						3º Trimestre						4º Trimestre								1º Trimestre							
	Maio		Junho				Julho				Setembro		Outubro		Novembro				Dezembro		Janeiro							
SEMANAS																												
Levantamento das necessidades sentidas pela UCC																												
Realização das entrevistas																												
Análise do conteúdo das entrevistas à ECCI – Rio Arade																												
Realização do Diagnóstico de situação																												
Entrega do Diagnóstico de situação																												
Realização do Projecto de Estágio																												
Entrevista à ECR – Faro																												
Entrevista à EGA – CHUA Faro																												
Entrevista à EGA – CHUA Portimão																												
Entrevista à ECCI – D`Alagoa																												
Entrevista à ECCI – Dunas																												
Entrevista à ECCI – Infante																												
Entrevista à ECCI – Ribat																												
Entrevista à ECCI – Mons Cicus																												
Entrevista à ECCI – Vincentina																												
Análise do conteúdo das entrevistas																												
Elaboração de um Instrumento de Apoio às ECCI's do ACES Barlavento Algarvio e EGAS do CHUA;																												
Realização de sessões de apresentação do Instrumento de Apoio às ECCI's do ACES Barlavento Algarvio e EGAS do CHUA																												
Implementação do Instrumento de Apoio																												
Avaliação da implementação do instrumento de Apoio																												
Elaboração do artigo científico																												
Entrega do artigo científico																												
Elaboração do Relatório de Estágio																												
Entrega do Relatório de Estágio																												
Revisão Bibliográfica																												

APÊNDICE V
“LIVRO DO UTENTE”

ECCL — Barlavento
(Equipa de Cuidados Continuados Integrados — Apoio Domiciliário)

Boletim do Utente

O titular deste livro encontra-se internado na
ECCL - _____, contacto telefónico _____
Caso encontre este livro, pede-se o favor de o entregar ao devido
proprietário (contacto _____) ou à equipa responsável.
Obrigada pela sua colaboração.

<p>Aos profissionais de Saúde</p> <p>Este livro tem como objetivo facilitar a troca de informação entre os diferentes profissionais de saúde, desta forma solicita-se aos mesmos que registem sempre toda a informação que seja importante para o historial clínico do utente.</p> <p>Aos Utentes, cuidadores/familiares</p> <p>Este livro destina-se ao registo de informação clínica sobre o utente, pelo que deverá tê-lo sempre perto do utente. Sempre que se deslocar a uma instituição de saúde (urgências hospitalares, consultas médicas, realização de exames), o utente deverá fazer-se acompanhar sempre deste livro de modo a facilitar a troca de informação entre os profissionais de saúde.</p>	<table border="1"> <tr> <td style="background-color: yellow;">Página 3</td> <td style="background-color: yellow;">Identificação do Titular</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>Nome:</p> <p>Idade:</p> <p>Data de Nascimento: / /</p> <p>Estado Civil: Profissão:</p> <p>Morada:</p> <p>Concelho: Freguesia:</p> <p>Telefone do utente:</p> <p>Nº Utente:</p> <p>Nº Cartão do Cidadão:</p> <p>Cuidador Principal:</p> <p>Contacto Telefónico Cuidador:</p> <p>Médico de Família:</p> <p>Gestor de caso / Enfermeiro Responsável:</p> <p>Nº de registo no Gestcare CCI:</p> <p>Motivo de Internamento:</p> </td> </tr> </table>	Página 3	Identificação do Titular	<p>Nome:</p> <p>Idade:</p> <p>Data de Nascimento: / /</p> <p>Estado Civil: Profissão:</p> <p>Morada:</p> <p>Concelho: Freguesia:</p> <p>Telefone do utente:</p> <p>Nº Utente:</p> <p>Nº Cartão do Cidadão:</p> <p>Cuidador Principal:</p> <p>Contacto Telefónico Cuidador:</p> <p>Médico de Família:</p> <p>Gestor de caso / Enfermeiro Responsável:</p> <p>Nº de registo no Gestcare CCI:</p> <p>Motivo de Internamento:</p>	
Página 3	Identificação do Titular				
<p>Nome:</p> <p>Idade:</p> <p>Data de Nascimento: / /</p> <p>Estado Civil: Profissão:</p> <p>Morada:</p> <p>Concelho: Freguesia:</p> <p>Telefone do utente:</p> <p>Nº Utente:</p> <p>Nº Cartão do Cidadão:</p> <p>Cuidador Principal:</p> <p>Contacto Telefónico Cuidador:</p> <p>Médico de Família:</p> <p>Gestor de caso / Enfermeiro Responsável:</p> <p>Nº de registo no Gestcare CCI:</p> <p>Motivo de Internamento:</p>					

[illegible]

Avaliação de Necessidades	Página 6																																																															
<p>Eliminação</p> <p> <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Parcial <input type="checkbox"/> Dependente </p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">Dispositivos (SV Nº / Ostomia, Dispositivo Urinário, Fralda)</th> <th style="width: 20%;">Data de Colocação</th> <th style="width: 20%;">Data de Substituição</th> </tr> </thead> <tbody> <!-- Generating 20 rows as seen in the image --> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Dispositivos (SV Nº / Ostomia, Dispositivo Urinário, Fralda)	Data de Colocação	Data de Substituição																																																												
Dispositivos (SV Nº / Ostomia, Dispositivo Urinário, Fralda)	Data de Colocação	Data de Substituição																																																														
<p>Mobilidade</p> <p> <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Parcial </p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>Andarilho</td></tr> <tr><td>Canalhas</td></tr> <tr><td>Auxílio Pessoa</td></tr> <tr><td>Tripé</td></tr> <tr><td>Cadeira de Rodas</td></tr> <tr><td>Outros</td></tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Dependente</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>Acamado</td></tr> <tr><td>Cadeira de Rodas</td></tr> <tr><td>Outros</td></tr> </tbody> </table>		Andarilho	Canalhas	Auxílio Pessoa	Tripé	Cadeira de Rodas	Outros	Acamado	Cadeira de Rodas	Outros																																																						
Andarilho																																																																
Canalhas																																																																
Auxílio Pessoa																																																																
Tripé																																																																
Cadeira de Rodas																																																																
Outros																																																																
Acamado																																																																
Cadeira de Rodas																																																																
Outros																																																																

Página 8		Avaliação de Parâmetros Vitais				
Data	Hora	Tensão Arterial	Pulso	Temperatura	Glicemia Capilar	Dor

Integridade Cutânea		Página 9	
Tipo de Ferida	<input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> UPP <input type="checkbox"/> Outros		
Data			
Localização			
Características da Ferida <small>(dimensões, tecidos presentes, exsudato, pele circundante)</small>			
Tratamento			
Periodicidade de tratamento			
Outros			

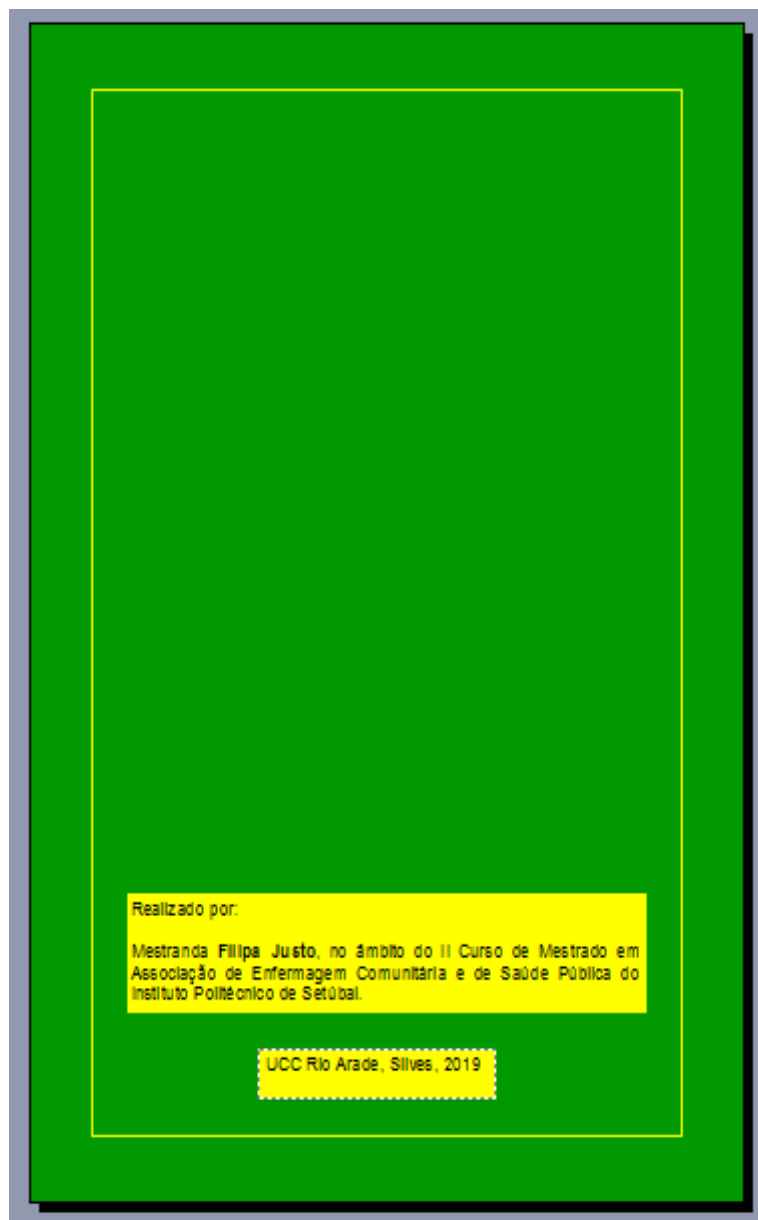
<table border="1"><tr><td>Página 16</td><td>Notas de Enfermagem</td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr></table>	Página 16	Notas de Enfermagem			<table border="1"><tr><td>Notas Médicas</td><td>Página 17</td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr></table>	Notas Médicas	Página 17		
Página 16	Notas de Enfermagem								
Notas Médicas	Página 17								

<table border="1"><tr><td>Página 18</td><td>Notas de Fisioterapia</td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr></table>	Página 18	Notas de Fisioterapia			<table border="1"><tr><td>Notas Assistente Social</td><td>Página 19</td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr></table>	Notas Assistente Social	Página 19		
Página 18	Notas de Fisioterapia								
Notas Assistente Social	Página 19								

Página 20	Notas Psicóloga	Notas Nutricionista	Página 21

Página 22	Notas Terapeuta Ocupacional	Notas (outros)	Página 23

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; background-color: yellow;">Página 24</td> <td style="background-color: yellow;">Agudizações</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%; vertical-align: top;">Data</td> <td style="width: 85%; height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Local</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; vertical-align: top;">Data</td> <td style="width: 85%; height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Local</td> <td></td> </tr> </table>	Página 24	Agudizações	Data		Local		Data		Local		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; background-color: yellow;">Agudizações</td> <td style="width: 20%; background-color: yellow;">Página 25</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%; vertical-align: top;">Data</td> <td style="width: 85%; height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Local</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; vertical-align: top;">Data</td> <td style="width: 85%; height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Local</td> <td></td> </tr> </table>	Agudizações	Página 25	Data		Local		Data		Local	
Página 24	Agudizações																				
Data																					
Local																					
Data																					
Local																					
Agudizações	Página 25																				
Data																					
Local																					
Data																					
Local																					



APÊNDICE VI

Resumo da Revisão integrativa da literatura

RESUMO

Enquadramento: A transição de informação entre profissionais de enfermagem é um processo extremamente importante e influenciado por vários fatores. É a transição desta informação que permite a continuidade de cuidados.

Objetivos: realçar a importância da comunicação na continuidade de cuidados e identificar as consequências de uma inadequada comunicação na continuidade de cuidados de saúde.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura. A colheita de dados ocorreu entre os meses de Outubro 2018 e Janeiro de 2019 a partir das plataformas electrónicas B-ON e EBSCOhost, utilizando as bases de dados electrónicas: [CINAHL Plus with Full Text](#), [MedicLatina](#), RCAAP, SciELO. Os descritores em ciências da saúde utilizados na pesquisa efetuada foram: continuidade de cuidados, enfermagem, comunicação e o operador booleano utilizado foi AND. A amostra final incluiu 5 artigos.

Resultados: A transição de informação incorrecta, rudimentar ou inexistente leva a que se verifique erros, uma desadequação e/ou descontinuidade na prestação de cuidados de enfermagem ao utente. **Conclusão:** A transição de informação clara, correcta e coerente, entre os profissionais de saúde, permite uma adequada continuidade de cuidados de saúde aos utentes.

Palavras-chave: continuidade de cuidados, enfermagem, comunicação

ABSTRACT

Background: The transition of information among nursing professionals is an extremely important process and influenced by several factors. It is the transition of this information that allows the continuity of care.

Objectives: to emphasize the importance of communication in the continuity of care and to identify the consequences of an inadequate communication in the continuity of health care.

Methodology: Integrative literature review. Data collection took place between October 2018 and January 2019 from the electronic platforms B-ON and EBSCOhost, using the electronic databases: CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina, RCAAP, SciELO. The descriptors in health sciences used in the research carried out were: continuity of care, nursing, communication and the boolean operator used was AND. The final sample included 5 articles.

Results: The transition of incorrect, rudimentary or non-existent information leads to errors, inadequacy and / or discontinuity in the delivery of nursing care to the user. **Conclusion:** The transition of clear, correct and coherent information among health professionals allows an adequate continuity of health care to the users.

Key words: continuity of care, nursing, communication

RESUMEN

Enquadramento: una transferencia de información entre las autoridades de enfermería y el proceso es extremadamente importante e influenciada por los foros de mayor importancia. Se trata de una información que permite la continuidad de los cuidados.

Objetivos: darse cuenta de la importancia de la comunicación continua de lo identificado y reconocer la insuficiencia del proceso continuo de cuidados de salud.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura. Uma colheita de dados ocorreu entre los meses de Outubro 2018 y Janeiro de 2019 de las plataformas electrónicas B-ON y EBSCOhost, utilizando como base de los datos electrónicos: CINAHL Plus con texto completo, MedicLatina, RCAAP, SciELO. Las descripciones en las ciencias de la vida y la salud en el futuro son: la continuidad de los cuidados, la salud, la comunicación y el operador. Una muestra final incluyó 5 artículos.

Resultados: Transición de información incorrecta, rudimentar o inexistente planteada a ese verbo erros, uma desadequação y / o descontinuidade en la prestacion de cuidados de enfermagem ao utente. Conclusión: una transición de la información clara, correcta y coherente, entre los huesos de la autoridad de la autoridad, permite la continuidad de la atención de la salud.

Palabras clave: continuidad of care, enfermagem, comunicación